

HB.PR.02	16.12.2017	Revizyon No	Revizyon tarihi	1/36
----------	------------	-------------	-----------------	------

1.AMAÇ: Hastaneye başvuran ayaktan, yatan ve acil hastalarının hastaneye kabulünden taburculuğa kadar geçen süreci ve taburculuk sonrası izlenmesini de içeren ve bu süre içinde hastaya sunulan sağlık hizmetinin hasta memnuniyeti ön planda tutularak bütüncül bir yaklaşımla yerine getirmek

2.KAPSAM: Hastanın yatan hasta kliniklerine ilk kabulünden taburculuğu ve taburculuk sonrası geçen sürede hastanemiz bünyesinde verilen sağlık hizmeti ile bu süreçte yatan hasta klinikleri ile hastane içerisindeki diğer birimler arasında gerçekleşen tüm faaliyetleri ve görevli sağlık personelinin sorumluluklarını kapsar.

3.KISALTMALAR

HKYB: Hastane Kalite Yönetim Birimi

HBYS: Hastane Bilgi Yönetim Sistemi

AÇT: Aldığı – Çıkardığı Takibi

NDE: Nütrisyon Destek Ekibi

4.TANIMLAR:

Hasta Bakımı: Hastaların sağlık hizmeti veren kuruluşa kabulünden taburculuğuna kadar geçen süreci ve taburculuk sonrası izlenmesini de içeren süre içinde hastaya sunulan hizmetlerin tamamıdır.

Ayaktan Hasta: Yatış işlemi yapılmaksızın gerekli tanı ve tedavi işlemleri yapılan hastalardır.

Yatan Hasta: Yatış işlemi yapılarak tanı ve tedavi işlemleri yürütülen hastalardır. Yatan hastalara, günübirlik yatış işlemi yapılan hastalar dahildir.

Acil Servis Hizmetleri: Ani gelişen hastalık, kaza, yaralanma ve benzeri beklenmeyen durumlara bağlı olarak gelişen sağlık sorunlarında, sakatlık ya da ölümden korunması amacıyla hastaya acil serviste sunulan hizmetlerin tamamıdır.

Özellikli Hasta Grubu: Hastanede sunulan sağlık hizmetleri kapsamında; hizmet sunum süreçleri, hizmet verilecek ortam, sağlık profesyonelleri ve kullanacakları ekipmanlar bakımından özellik arz eden, özel bakım uygulamaları ve işlemleri içeren ve disiplinler arası işbirliği gerektiren hasta gruplarını ifade eder.

Bakım Planı: Hastanın tedavi ve bakım ihtiyaçlarını, bu ihtiyaçlara yönelik hedefleri, uygulamaları ve uygulamaların değerlendirilmesini içeren dokümandır.

Kimlik Doğrulama: Doğru hastaya doğru işlemin yapılmasını sağlamak üzere tıbbi hizmet alan bireyin doğru kişi olduğunun güvenilir bir şekilde belirlenmesini sağlayan uygulamalar bütünüdür.

Kimlik Tanımlayıcı: Doğru hastaya doğru işlemin yapılmasını sağlamak üzere, kimlik doğrulaması için kullanılan tanımlayıcıdır.

Kısıtlama: Hastanın kendisine ya da başkasına zarar verme riskine karşı fiziksel aktivitelerinin kontrolünü sağlamaktır.

Hasta Bilgilendirme ve Onamı: Hastaya tedavisiyle ilgili yapılan işlemlerde kendisine ve / veya yakınına bilgilendirmenin yapılması ve tıbbi işlemle ilgili rızasının alınmasıdır.

5.SORUMLULULAR:

Hekimler

Servis Sorumlu hemşiresi

Ebe

Hemşire

Sağlık Memuru

Tıbbi Sekreterler

Temizlik Personeli

6.FAALİYET AKIŞI:

6.1. AYAKTAN HASTA BAKIM SÜRECİ:

- Poliklinik hizmeti almak isteyen hasta; daha önce muayene veya tedavi olduğu sağlık tesisinden sevkle, doğrudan başvuru yoluyla ya da internet gibi iletişim araçlarını kullanarak aldığı randevu ile hastanemize başvurur.
- Muayene için gelen hasta ilk kayıta gelip numaratörden sıra numarası alarak bekleme salonuna geçer.
- Sıra numarası geldiğinde ilk kayıt sekreteri hastanın gitmek istediği polikliniğe kaydını yaparak giriş barkotunu hastaya verir.
- Hastanemizde öncelikli hasta grupları belirlenmiş olup genel hizmetin aksamasına meydan vermeyecek şekilde öncelik sırası HBYS de belirlenmiştir.

Bu öncelikli hasta grupları şunlardır:

- Hastane çalışanları ve birinci derece yakınları,
- 65 yaş üstü hastalar,
- Engelli hastalar,
- Acil vakalar,
- Hamileler,
- 7 yaş altı çocuklar,
- Harp ve vazife şehitlerinin dul ve yetimleri ile malul ve gaziler,
- Randevulu hastalar,

6.1.1.Randevu ve Kayıt İşlemleri

6.1.1.1.Online Randevu:

- Randevu alabilmek için öncelikle randevu sistemine giriş yapmalı. Belirtilen alanlara T.C. kimlik numarası, cep telefonu numarası ve ekranda belirtilen güvenlik kodunu yazarak giriş yapılır.
- Randevu, ilgili poliklinik için ileri tarihli **en fazla 3(üç) güne kadar** alınabilir. Aynı güne randevu verilmez.
- İnternette alınan randevu sonucunda sistemin verdiği Onay Kodu poliklinik başvurusunda mutlaka hastanın yanında bulundurulmalı.
- Randevu işlemi hastaneye gelindiğinde ilk kayıt biriminden aktif hale getirilmelidir.
- Randevu saatinden en geç 15 dk. önce poliklinik önünde bulunulmalı.
- Telefon ile randevu verilmez.

6.1.1.2 Özel muayene randevusu:

- Hasta muayene olmak istediği hekimin anabilim dalı sekreterliğine telefon ile ya da bizzat başvurarak istediği hekime randevusunu alır.
- Muayene günü belirtilen saatte ana bilim dalı sekreterine gelerek giriş yaptırır.
- Ücreti vezneye yatırdıktan sonra muayenesini olur.

6.1.1.3.Randevusuz Başvuru:

- Hastanemiz polikliniklerine randevu almadan başvuru yapılabilir.
- Muayene için gelen hasta numaratörden sıra alır ve ilk kayıt sekreterliğinden kaydını yaptırarak barkodunu alır.
- Hasta muayene olacağı polikliniğin randevu ve başvuran hasta sayısı durumuna göre aynı gün muayene olabilirler.

6.1.1.4.Hastaneye İlk Başvuru:

- Hastanemize ilk defa başvuran hastanın kimlik ve iletişim bilgileri sisteme kaydedilir.
- İlk kayıta hastaya sistem bir dosya numarası atamaktadır.
- Bundan sonraki her ayrı kayıt için hastaya bir işlem/protokol numarası verilmekte ve otomasyon sisteminden kayıtlara bu işlem/protokol ya da dosya numarasıyla veya TC kimlik numarası ile ulaşılabilir.

6.1.1.5.Kayıtlı Hasta Başvurusu:

Hastanemize daha önce gelmiş olan hasta, nüfus cüzdanı ve/veya T.C. kimlik numarası bulunan fotoğraflı diğer bir resmi kimlik kartı ile muayene için başvurabilir.

6.1.1.6.Yaşlı ve Engeli Kişilerin Sağlık Hizmetine Erişimlerini Kolaylaştırmaya Yönelik Düzenlemeler:

- Hastanemizde yaşlı ve engelli kişilerin öncelikli kayıt yaptırabilmeleri için yaşlı ve engelli birey hasta kayıt biriminde işlemlerinin yapılması sağlanır.
- Yaşlı ve engelli bireylerin poliklinik alanlarında öncelikli oturabilecekleri yerler mevcuttur.
- Yaşlı ve engelli bireylerin muayene, tanı ve tedavi işlemlerinin öncelikli olarak yaptırılmasının sağlanması için; poliklinik bilgilendirme ekranlarında belirtilen şekilde öncelikli, en kısa ve erken sürede işlemlerinin tamamlanması sağlanır.

6.1.1.7.Evrak – Ücret Kontrolü

- Randevu verilirken T.C. kimlik numarası ile resmi işlemi yapılan hastalar için Medula sisteminden provizyon onayı alınır.
- Hastanemizde herhangi bir sosyal güvencesi olmayan hastalar ücretini ödeyerek muayene ve/veya tedavi olabilir.
- Özel muayene olmak isteyen hastaların makbuzları bölüm tarafından kontrol edilir.
- Ödemesini yapmayan hasta hastaneye bir sonraki başvurusunda borçlu olarak sistemde görülür.

6.1.2.Muayene süreci

- Hastaya barkodu verdikten sonra muayene olunacak polikliniğe hasta yönlendirilir.
- Okuma güçlüğü çeken veya polikliniğe ulaşma güçlüğü çeken hastalarımıza ilgili personelimiz tarafında yardımcı olunur ve poliklinik bekleme salonunun da beklemesi istenir.
- Hastaya sıra aldığı poliklinik monitörünü takip etmesi sırası geldiğinde içeri girmesi söylenir.
- Polikliniğe başvuran hasta hekim tarafından olumlu bir iletişim ortamında (uygun ses tonu, uygun beden dili, sözcüklerin seçimi, mesleki terimlerden uzak, anlaşılır bir dil kullanımı gibi)değerlendirilerek anamnezi ve fiziki muayene bulguları elektronik ortamda kaydedilir.
- Hasta değerlendirildikten sonra gerekli ise tetkik/tahliller istenir.
- Hasta ilgili birimlere yönlendirilir.

6.1.3. TAHLİL VE TETKİK SÜRECİ

6.1.3.1.Tahlil ve Tetkik İstemi

- Hekim hastaya isteyeceği tetkikleri otomasyon sistemine girer, hastayı tetkikin yapılacağı ilgili bölüme yönlendirir.
- Hastaya istenen tetkik, ilgili birimin otomasyon sistemi modülünde görülmektedir. Hastanın başvurusuyla istem onaylanır.
- Kan tahlilleri için kan alma sekreterine yönlendirilen hasta numaratörden sıra numarası alınır. Sıra numarası geldiğinde kan alma sekreteri girişi yapılan kan isteklerinin barkodunu basarak tüplerin üzerine yapıştırır ve hastayı kan alma hemşiresine yönlendirir.
- Kan alma hemşiresi tüplerin üzerindeki barkotları okutarak kan alma işlemini gerçekleştirir. Aldığı kanların özelliğine göre laboratuvara gönderir.
- Hastanın idrar ve gaita tetkiki var ise bakteriyoloji laboratuvarına yönlendirilerek ilgili sekreterliğin kimlik doğrulama işleminden sonra vereceği barkotlu örnek kabına numuneyi vermek üzere laboratuvar yakınında bulunan tuvalete yönlendirilir.
- Radyolojik tetkik istemlerinde, hasta radyoloji kayıt birimine başvurduğunda istenilen tetkiki onaylanır ve hasta sıra numarası verilerek radyoloji çekim odasına yönlendirilir.
- USG, BT, MR, EEG, EMG ve Nükleer Tıptan istenen diğer radyolojik tetkikler için ilgili birimlerin kayıt sekreterine hasta yönlendirilir ve tetkik için hastaya yoğunluğuna göre aynı gün çekim yapılabilir ya da daha sonraki bir güne randevu verilir. İşlem öncesi hazırlık gerektiren tetkikler için hasta bilgilendirilir ve randevusu ayarlanır. Kontrastlı BT gibi girişimsel tetkik işlemi yapılacaksa ya da gebe hastaya radyolojik tetkik istenmişse hasta bilgilendirilerek onamı alınır.
- Hekim hastadan EKG, Solunum fonksiyon testi (SFT), Efor, Odiyometrik ölçüm vb. tetkikler istenmişse hekimi tetkikleri sisteme girerek hastayı tetkikin yapıldığı ilgili bölüme yönlendirir. Tetkik için ilgili birime hasta geldiği zaman, görevli personel tarafından gerekli kayıt ve hazırlık işlemleri yapılarak hastalar başvuru sırasına göre alınır. Tetkiki tamamlanan hastaya sonuçları teslim edilir.
- Hekim tanı amacıyla hastadan sitolojik/patolojik numune alabilir. Alınan numunelerin tetkik kayıt ve işlemleri tamamlandıktan sonra birimdeki sağlık personeli tarafından patoloji laboratuvarına teslim edilir.

6.1.3.2.Tanı ve Tedavi Amaçlı Randevu ve Sonuç Verme Sürelerine Yönelik Düzenlemeler:

- Laboratuvar tetkiklerinin sonuçları onaylandığında istemi yapan ilgili hekim tarafından görülebilir.
- Görüntüleme tetkiklerinin sonuçları, röntgen için dijital ortama kayıt şeklinde olup hekimin HBYS modülünde hasta ekranından çekimi takiben görülebilmektedir.
- USG’de tetkik işlemini müteakip raporuyla beraber USG sonucu hastaya hemen verilmektedir.
- EMG, BT ve MR gibi tetkiklerin sonuçları ise ilgili uzman hekimin raporu yazarak onaylaması sonrası verilmektedir. Raporun ne zaman verileceğiyle ilgili hastalar bilgilendirilir. Sonuç çıktığı zaman hastaya mesaj yoluyla bilgi verilir.
- Sitolojik/patolojik numunelerin sonuçları, laboratuvarın belirlediği sonuç verme sürelerine dikkat edilerek raporlanmakta ve gelen hastaya sonuç raporu verilmektedir.

6.1.3.3.Konsültasyon

- Poliklinik muayenesi yapılan hastayı hekim bir başka branşın değerlendirmesini isteyebilir.
- Hekimin önerdiği diğer branş için hastalarımız aynı gün sıra numarası alarak ya da daha sonra randevu alarak ilgili branşa muayene olabilirler.
- Poliklinik muayenesi sonrası hekim, gerekli gördüğü durumda hastayı diyet polikliniğine, Diyabet eğitim

odasına yönlendirebilir.

- Diyet polikliniğine konsülte edilen hastalar, diyet polikliniğine başvurarak diyetisyenle görüşür. Diyetisyen, hastayı değerlendirerek gerekli olan rejimi planlar ve kontrol zamanı ve diğer önerilerle beraber hastayı bilgilendirerek uygun diyeti verir.
- Diyabet eğitim odasına yönlendirilen hastalar, burada görevli diyabet hemşireleri tarafından sözlü olarak bilgilendirilir ve hastalara gerektiğinde bilgilendirme broşürleri verilir.
- Anestezi konsültasyonu, cerrahi planlanan hastalara istenmekte ve anestezinin cerrahi operasyona onayı alındıktan sonra hastanın operasyon için yatışına karar verilmektedir.
- Konsültasyon detayları **“Konsültasyon uygulama talimatına”** na uygun biçimde yürütülür.

6.1.3.4.Tetkiklerin Değerlendirilmesi ve Muayenenin Sonlandırılması

- Tetkiklerin sonuçlanması ve hekimin sonuçları değerlendirmesi genellikle öğleden sonra yapılmaktadır.
- Yoğunluğun az olduğu polikliniklerde hekim müsaitse tetkikler sonuçlandığında başvuran hastanın sonuçları daha erken değerlendirilir.
- Hasta, hastanemiz dışında yapılan tetkikleri olduğunda sonuçları ile beraber tekrar ilgili polikliniğe giriş yaptırarak başvurur.
- Hekim, tetkikleri değerlendirip hastayı/hasta yakınını koyduğu teşhisle ilgili ve reçete vermişse ilaçlarıyla ilgili kullanım önerileri, dikkat edilecek hususlar ve gerekiyorsa kontrol zamanı ve kontrol branşı konularında bilgilendirir.
- Değerlendirme sonucu hekim hastanın yatışına karar verdiğinde hastayı/hasta yakınını hastalığı, yatış kararı ve planladığı tedaviyle ilgili sözlü olarak bilgilendirir.
- Hekim hastayı tedaviyi reddetme hakkı olduğu konusunda bilgi verir.
- Hasta yatışına onay verirse **Hasta Yatış Formu’** nun ilgili alanlarını doldurarak hastanın imzalı onayını alır.
- Hasta yatışıyla ilgili yatışı yapılan birim, telefonla aranarak bilgilendirilir ve hastanın yatağı hazırlanır.
- Kendisi gidebilecek durumda olan hastalar, yatış yapılan birime yönlendirilir. Refakat ihtiyacı olan hastalar için görevli personel uygun taşıma ekipmanı ile gelerek hastanın transferini gerçekleştirir.
- İleri tetkik/tedavi gerekli ise hasta uygun sağlık tesisine (Durumun aciliyetine göre ambulansla ya da ayakta) sevk edilir.

6.1.4.SAĞLIK RAPORLARININ DÜZENLENMESİ

6.1.4.1. Hekim Raporları

- Muayenesi sonlanan hastaya hekimin uygun gördüğü durumlarda istirahat raporu düzenlenir.
- İstirahat raporu düzenlenen aktif çalışanlar için iş göremezlik belgesi düzenlenerek hastalık, meslek hastalığı, iş kazası ve analık durumları bildirilir.
- İstirahat raporu, ilk on güne kadar istirahat kontrollü ya da kontrolsüz olabilir. Kontrolsüz on güne kadar rapor verilmişse hekim tarafından imzalanan, başhekimlik tarafından onaylanan ve üç nüsha düzenlenen formun bir nüshası hastaya verilir.
- Kontrollü olarak on güne kadar verilen ilk rapor sonrası hasta kontrole geldiğinde ikinci on güne kadar aynı hekim tarafından tekrar rapor verilebilir.
- Hastalarımıza verilen istirahat raporları, iş göremezlik birimimiz tarafından SGK’nın elektronik sistemine giriş yapılarak bildirilmektedir.
- Daha uzun süreler için sağlık raporu gerekiyorsa hasta, sağlık kuruluna sevk edilir ve 3 hekim raporu

düzenlenir. Mümkünse aynı branştan, değilse sağlık kurulu başkanına danışılarak yakın branşlardan 3 hekim tarafından 3 aya kadar sağlık kurulu istirahat raporu verilebilir. İhtiyaç durumunda ikinci kez de üç aya kadar istirahat raporu verilebilmektedir.

- Uzman hekimler tarafından verilen ilaç raporları ve medikal malzeme raporları da tek hekim raporlarındandır. Hekim istemiyle hazırlanan bu raporların sağlık kurulu tarafından SGK'ya giriş işlemleri tamamlanır.

6.1.4.2.Adli Rapor

Adli vaka hastaları, acil serviste rapor düzenlendikten sonra adli vaka memurları ve **Adli Vaka Raporu** ile ilgili polikliniğe gidip muayene işlemleri yapılmaktadır.

Poliklinik muayenesi sırasında hastanın adli vaka olduğundan Hekim tarafından şüphelenilirse hastanın kaydı adli kayıt olarak değiştirilir.

6.1.4.3.Sağlık Kurulu Raporları

Hastanemiz Sağlık Kurulu'na yapılan şahsi başvurular değerlendirilerek hastalara durum bildirir Tam Teşekküllü ya da Engelli Sağlık Kurulu raporu verilmektedir. Ayrıca sağlık kurulunda üç hekim tarafından yukarıda ifade edildiği gibi istirahat raporu da düzenlenmektedir.

Verilen Sağlık Kurulu Rapor Çeşitleri

Tam Teşekküllü Raporlar

-Memurluk	- Evlat Edinme
- Sözleşmeli Personel	- Huzur Evine Giriş
- Öğretmenlik	- Özel Güvenlik
- Öğrenci olur	- Silahlı Özel Güvenlik
- Yurt Kayıt	- Ateşleyici ve Patlayıcı Madde İş
- Polislik	- Ehliyet
- Yurt Dışı İşçi	- Silah Ruhsatı

Engelli Raporları

- 2022 Malul Maaşı	- Özürlü Kimlik Kartı
- Vergi Muafiyeti	- H Sınıfı Ehliyet
- ÖTV İndirimi	- Sakat iş için
- Durum Bildirir Rapor	- Tayine Esas Rapor _Ücretli (Resmi Yazı ile de başvurulabilir)
- Özel Özürlü Eğitim için	- Vasi Tayini Raporu _Ücretli (Mahkeme tarafından gönderilir)
- Özel Tertibatlı Araç	- Özürlü Kimlik Kartı

6.1.4.4.Yurt Dışı Tedavilerin Teyit Raporları-Hakem Hastane Sıfatıyla Tetkik Edilen Raporlar

- Gerekli evraklarla başvuru yapan hasta, muayene için ilgili polikliniklere yönlendirilir.
- Muayenesi tamamlanan hasta, muayeneyi yapan hekimler tarafından doldurulan formla beraber tekrar sağlık kuruluna gelir ve evraklarını teslim eder.
- Hastanemiz Sağlık Kurulu haftada Salı ve Perşembe günü olmak üzere iki gün toplanmaktadır. Kurulda raporlar değerlendirilerek karara bağlanır.
- İhtiyaç duyulması durumunda Kurul, rapor için başvuran şahsı yeniden sorgulayıp muayene edebilir. Karara bağlanan raporlar, yazılıp imzalandıktan sonra Başhekimlik tarafından onaylanır.

- Onayı tamamlanan raporlar, en geç 10 gün içinde rapor sahibine, birinci derece yakınına ya da yasal temsilcisine teslim edilir.
- Kurumlardan resmi yazı ile istenen sağlık kurulu raporları, evrakı gönderen kuruma en geç 15 gün içerisinde posta ile gönderilir.

6.1.5.HASTA / HASTA YAKINININ TEŞHİS, TEDAVİ, BAKIM HİZMETLERİ, HASTA SORUMLULUKLARI İLE DİĞER HİZMETLER HAKKINDA BİLGİLENDİRİLMESİ:

- Hastanın hekimi tarafından; genel durumu, yapılan tetkik, muayene ve işlemler sonucunda sözlü ya da yazılı olarak hasta/hasta yakınına bilgi verilir.
- Tedavi süreci hakkında hastanın hekimi tarafından reçete edilen ilaçlar ve tıbbi öneriler hakkında sözlü ya da yazılı olarak hasta/hasta yakınına bilgi verilir.
- Bakım uygulamalarının seyri ve gerektiğinde bakım değişiklikleri konusunda hastanın hekimi tarafından; hasta/hasta yakınına bilgi verilir ve kontrol zaman aralığı sözlü ya da yazılı olarak bildirilir.
- Yapılması planlanan her türlü tıbbi müdahale(kan alma, elektro kardio grafi, tansiyon ölçümü vb.) konularında sözlü olarak hastanın hekimi tarafından bilgilendirilir.
- Yapılan tetkik ve işlemler sonrasında sonuçların alınma süreleri ile ilgili hasta/hasta yakını bilgilendirilerek tekrar hekiminin yanına gelme süresi hakkında da bilgi hekim tarafından verilir.
- Sonuçları ile birlikte tekrar hekimine başvuran hasta/hasta yakınının planlanan işlemler hakkında hekimi tarafından anlaşılabilir ve sade bir dille bilgilendirilir. Hastanın karar verilen tedavi seyrine göre; HBYS' ye hastanın; klinik durumu, bakım ihtiyaçları, fiziki muayene ve öykü, psikolojik ve sosyal faktörler gibi durumlar hekimi/sağlık çalışanı tarafından değerlendirilerek kayıt altına alınır. Geriye yönelik olarak incelemeler gerek HBYS üzerinden **Bilgi Güvenliği Prosedürü** doğrultusunda gerekse **Arşiv Rehberi** doğrultusunda sağlanır.
- Bilgilendirilmeler sırasında hasta/hasta yakınları mahremiyetine dikkat edilmesi açısından bilgilendirme ve diğer tüm işlemler sırasında hasta ile yalnız ve kapı kapalı olarak görüşülür. Ancak hastadan onayı alınan hasta yakınının bulunmasına müsaade edilir.
- Hasta güvenliğini olumsuz etkileyen istenmeyen olayların meydana gelmesi durumlarında hasta/hasta **Güvenlik Raporlama Sistemi Prosedürü** doğrultusunda bilgilendirme yapılır.

6.1.6.Hasta Mahremiyeti:

- Hastaya yapılacak olan girişimsel işlemler öncesi (endoskopi, kolonoskopi vb.) aydınlatılmış rıza belgesi, hastanın onayı dahilinde bulunmasını istediği hasta yakını ile ilgili hekimi tarafından kapı kapalı olarak hasta onamı gerçekleştirilir.
- Hasta veya hasta yakınının “okudum, anladım ve kabul ediyorum” gibi yazılı cümlelerle onamı alınması sağlanır ve kayıt altına alınır.
- Muayene işlemleri sırasında hasta ve hastadan onayı alınan hasta yakını haricinde giriş ve çıkışlar engellenir.
- Muayene odalarında mahremiyet göz önünde bulundurularak hastanın muayene edildiği alanda perdenin/paravanın kapalı olması sağlanır.
- Hasta transferi sırasında sedyede/tekerlekli sandalyede bulunan hastanın üzerinin mutlaka örtülü olması sağlanır.
- Hastanın tıbbi değerlendirmeleri ve sonuçları hasta mahremiyeti göz önünde bulundurularak hastaya veya hastadan onayı alınan hasta yakınına tek olarak gizlilik içerisinde bilgi verilmesi sağlanır.
- Ayrıca hastalarımızın mahremiyete ilişkin değerleri, inançları ve beklentileri göz önünde bulundurularak kendisiyle ilgilenen sağlık çalışanına yönelik tercihleri dikkate alınır.

6.1.7. HASTANIN KENDİSİ İLE İLGİLİ BİLGİ VE DOKÜMANLARA ERİŞEBİLMESİ

- Hasta kendisi ile ilgili tıbbi dokümanlarından olan yatış dosyasını resmi dilekçe ile kuruma başvurarak istemde bulunabilir.
- Kurum, dilekçe değerlendirmesi sonucunda hasta ve hasta onayı alınan hasta yakınına imza karşılığında ilgili dokümanların kopyasını verir.
- Eğer hasta ve hasta onayı alınan hasta yakınları tahlil, tetkik ve onamlarını talep ederse dokümanların bir nüshaları verilebilir.
- Ayrıca hastane web sitemizde bulunan laboratuvar sonuçları butonundan da gerekli tetkik sonuçlarına ulaşabilirler.

6.1.8. HASTALARIN KÜLTÜREL VE MANEVİ DEĞERLERİYLE ÇATIŞMADAN HİZMET ALMASININ SAĞLANMASI

- Hasta/hasta yakınlarımızın tedavi öncesi ve tedavi süreçlerinde hasta/hasta yakınıyla ilgilenen hekim ve diğer sağlık personelleri, hasta/hasta yakınının kültürel ve manevi değerleri dikkate alınarak tüm işlemlerin yapılması sağlanır.
- Ayrıca hastanemizde hasta/hasta yakınlarının ibadetlerini gerçekleştirebilmeleri için ibadethane bulunmakta olup gerekli bilgilendirmeler yapılmaktadır. Hasta/hasta yakınlarımızın kültürel ve manevi değerlerine, sağlığını tehdit etmeyecek durumlar söz konusu ise saygıyla karşılanır.

6.1.9. TIBBİ SOSYAL HİZMET SUNUMUNA YÖNELİK DÜZENLEMELER

Hastanemize başvuran her hasta için ilgili hekim tarafından gerekli görüldüğü takdirde sosyal destek alınması isteniyor ise hastanemiz sosyal hizmet birimine yönlendirilerek sosyal destek gereksinimleri **Sosyal Hizmet Birimi İşleyiş Prosedürü** doğrultusunda giderilmeye çalışılarak kayıt altına alınır.

6.2. YATAN HASTA BAKIM SÜRECİ

6.2.1. HASTANIN HASTANEYE YATIŞINDA KAYIT İŞLEMLERİ:

- Yatışı uygun görülen hastalar klinik sekreterliğine gelir.
- Klinik sekreterliğinde HBYS yatış işlemleri yapılır. Gerekli işlemler tamamlandıktan sonra hasta servis hemşiresine yönlendirilir ve hasta odasına yerleştirilir.
- Acil servisten yatırılacak ve yoğun bakımdan yataklı servise çıkarılacak hastalar için ilgili bölümün hasta sekreteri, kat sekreteri ile iletişime geçer. Hastanın yatış işlemleri HBYS üzerinden yapılır.
- Hastanın tekerlekli sandalye / sedye ihtiyacı olması halinde yanında sağlık personeli eşlik etmesi sağlanır.
- Hasta dosyanın içinde olması gereken evraklar hazırlanır. Refakatçiler için **Refakatçi Kartı** düzenlenir, hasta yakınına verilir. Kimlik doğrulamada kullanılacak olan ve servis hemşiresi tarafından takılacak olan **Barkodlu Hasta Bilekliği, Hastanın Kimliğinin Doğrulanması Talimatı** doğrultusunda hazırlanır ve hastaya takılır.
- Yatış işlemlerinde hasta öncelikle ilgili servise, ilgili serviste boş yatak yok ise, boş yatak bulunan uygun servislere yatış yapılabilir. Hasta dış serviste belirlenen yatağına yatırılmak üzere sağlık personeli eşliğinde yatacağı kliniğe **Hastaların Güvenli Transferi Talimatı'** na uygun şekilde götürülür.
- Sosyal Güvencesi olmayan ve verilen hizmetin bedelini ödeme gücü bulunmayan hastalar için **Sosyal Hizmet Birimi** bilgilendirilir. Kimsesiz, engelli veya herhangi bir nedenle sosyal endikasyonu olan hastalar, her klinikte hemşire deskine en yakın odaya yatışı yapılır.

6.2.2.HASTANIN DEĞERLENDİRİLMESİ, DEĞERLENDİRME SONRASI TEDAVİ/BAKIMIN PLANLANMASI

6.2.2.1.Hastanın Hekim Tarafından Değerlendirmesi ve Tedavinin Planlanması:

- Hekim yatışını yaptığı hastanın anamnezini ve fizik muayene bulgularını alarak HBYS' ye kaydeder.
- Değerlendirme için gerekli gördüğü tetkik istemlerini HBYS üzerindeki Radyolojik Tetkik İstemi, Biyokimya ve Mikrobiyoloji Tetkik İstemi bölümünden gerçekleştirir.
- Uygulanmasını istediği ilaç tedavisi için de istemler yine HBYS üzerinden **Doktor ilaç Order bölümü** doldurularak yapılır.
- Hastanın değerlendirilmesi için; tetkik ve ilaç tedavi istemlerinin dışında hastanın takip ve bakımına yönelik istemi (sıvı kısıtlaması, aldığı çıkardığı takibi, vital bulgu takibi, ödem takibi, bilinç durumu takibi, kanama takibi, dren takibi vb.) olması halinde HBYS üzerindeki **Hemşire Direktifleri** bölümüne kaydeder.
- Yatışını yaptığı hastayı en geç 24 saat içinde beslenme, rehabilitasyon, bası yarası, ağrı, psikolojik ve sosyal destek ihtiyacını değerlendirerek hastanın şikâyetlerini, klinik seyrini, gözlem bulgularını HBYS üzerinde kaydeder.
- Hastanın değerlendirilmesi için diğer branşlardan konsültasyon gereksinimi durumunda; **Konsültasyon İstemi ve Uygulaması Talimatı** doğrultusunda HBYS üzerinden konsültasyon istemini yapar. Konsültasyon sonuçlarını değerlendirir.
- Tüm değerlendirmeler sonrası ilaç Order ve direktiflerini gözden geçirerek yeniler ya da devam ettirir.
- Hasta/hasta yakınlarını hastanın genel durumu, tedavi süreci, bakım uygulamalarının seyri ve yapılması planlanan her türlü tıbbi müdahale hakkında bilgilendirir. Yapacağı tıbbi müdahaleler öncesi hastanın/hasta yakınının onamını alır.

6.2.2.2Hemşire Tarafından Değerlendirilmesi:

- Hastanın genel durumu, fiziksel, ruhsal ve sosyal yönden değerlendirilmesi ve hastanın öyküsünün alınması **Hemşirelik süreci Tanılama Formu** ile yapılır.
- Hastanın bakım ihtiyacının değerlendirilmesi; tüm ihtiyaçları göz önünde bulundurulmak suretiyle, ruhsal, duysal ve genel alışkanlıklarını içeren bütüncül bir yaklaşım doğrultusunda yapılır.
- Bakım ve tedavinin amaçlanmayan sonuçlarından korunmasını sağlamak için risk değerlendirmeleri yapılır.
- Bu riskler; ilaç uygulamaları sonrası vital bulgu değişiklikleri, operasyon sonrası vital bulgu değişiklikleri, düşme riski, bası yarası riski, ağrı, rehabilitasyon ihtiyacı, Nütrisyon desteği ihtiyacı, eğitim ihtiyacı, bilinç düzeyi değerlendirmesi ve hastanın diğer sistemleriyle ilgili değerlendirmelerdir. Ve bu değerlendirme hastanın ilk yatışında yapılır ve sonraki günlerde kullanılan değerlendirme ölçeklerinin özelliği ve ilgili talimatlar doğrultusunda periyodik olarak devam ettirilir.
- İhtiyaç duyulduğunda diğer meslek grupları (**diyetisyen, psikolog, Nütrisyon ekibi, diyabet hemşiresi, emzirme hemşiresi, ağrı hemşiresi vb.**) ile birlikte hasta değerlendirilir.
- Sistem değerlendirme bulgularından elde edilen veriler, diğer gözlemler ve değerlendirmeler bütüncül bir yaklaşım içerisinde gözden geçirilerek hastanın bakım ihtiyacı belirlenir. Hemşirelik tanısı konur ve gerekli bakım planları yapılır.

6.2.2.3.Hastanın Değerlendirilmesi Sonrası Tedavi ve Bakımın Planlanması:

Hemşirelik Bakımının Planlanması:

- Hastanın günlük bakım gereksinimleri değerlendirilerek kayıt altına alınır. Hedefe ulaşana kadar bakım planı oluşturulup, hasta bakımı sırasında oluşan değişiklik ve gelişmeler bakım planına eş zamanlı olarak eklenerek, bakım planı güncellenir.
- Bakım planı, bakım ihtiyaçlarının belirlenmesini takiben en kısa süre içinde hazırlanmalıdır.
- Bakım planı hastaya hizmet veren ilgili sağlık personeli tarafından koordineli olarak hazırlanır.
- Bakım planında, asgari aşağıdaki bilgiler kayıt edilir.
 - Hastanın bakım ihtiyaçları
 - Bakım ihtiyaçlarına yönelik hedefler
 - Bakım ihtiyaçlarına yönelik uygulamalar,
 - Uygulama sonuçlarının değerlendirilmesi.
 - Hasta ve yakınlarının bakım sürekliliğini sağlamaya yönelik bilgilendirme yapılır.
- Hemşirelik tanılarına göre **Hemşirelik Bakım Planları**, HBYS üzerinden düzenlenir. Hedefler ve hedeflere yönelik girişim önerileri bu planlarda yer almaktadır.
- Hemşire bakım planı, hekim tedavi planı ve diğer sağlık disiplinleri ile koordineli yürütülür. Plan işbirliği içinde uygulanır, sonuçlar izlenir gerektiğinde uygulama tekrarlanır veya değiştirilir.
- Plan yapıldıktan sonra çıktısı alınarak Hasta Dosyasına konur.
- Bakım sürecinde uygulamalar ve sonuçları HBYS den **Hemşirelik Bakım Planları ve Hemşire Gözlem Formu'** na kaydı yapılır.
- Günlük devam eden tanımlar her şifte imza ile aynı form üzerinden devam edilir.

6.2.2.4.Tedavinin Planlanması:

- Günlük olarak doktor ve hemşire tarafından hasta vizitleri yapılır. Hekim, hastaya uygulanmasını istediği ilaçları, kan ve kan ürünlerini, gereken hastada kısıtlama ve takibini, hasta takibiyle ilgili diğer önerilerini HBYS üzerindeki **Doktor Order Formu ve Hemşire Direktifleri Forumu'**na kaydeder.
- Order ilacın tam adı, uygulama zamanı–dozu, uygulama şekli ve veriliş süresi kısaltma kullanmadan yazılır. Hekim tarafından verilen ve ilaç uygulamalarını içeren hasta Order, hekimin planına uygun olarak hemşire tarafından uygulanır.

6.2.3.PLANLANAN BAKIM VE TEDAVİNİN HASTAYA UYGULANMASI:

6.2.3.1.Hekim Tarafından Verilen İlaç Order Hemşire Tarafından Uygulanması:

- Hekim tarafından HBYS üzerinden **Doktor Order Formu ve Hemşire Direktifleri Formu** ile verilen hasta Order kaydet butonuna basıldıktan sonra HBYS üzerindeki **Hemşire Gözlem Forumu'**na düşer.
- Hekim tarafından uygulama zamanı, dozu, uygulama şekli ve veriliş süresi tedavi planına yazılan ilaçlar, eczaneden kapalı poşetlerde ve hastaya özel olarak hazırlanmış halde gelir.
- Hekimin tedavi planına uygun olarak; hemşire tarafından ilacın adı, uygulama zamanı, dozu, veriliş yolu ve veriliş süresi dikkate alınarak **İlaç Yönetim Prosedürüne** göre ilaç hazırlanır ve **Hasta Kimliğinin Doğrulanması Talimatına** riayet edilerek uygulanır.
- İnfüzyon yoluyla verilecek ilaçların/mayilerin üzerine etiket yapıştırılır. Etikete hastanın adı/soyadı, mayinin/ilacın adı ve dozu, infüzyon başlangıç saati ve süresi ile mayii hazırlayan ve uygulayan hemşirenin adı/soyadı tam olarak yazılır.
- Hastaya yapılan uygulama ve kullanılan malzemeler HBYS'de ilgili alanlara da kaydedilir.

- Günlük olarak eczaneden hasta bazlı alınan ilaçlardan yüksek riskli olanlar etiketlenerek diğer ilaçlardan ayrılması sağlanır. Yüksek riskli ilaçların istemi, depolanması, hazırlanması ve uygulanmasına yönelik kurallar **İlaç Yönetim Prosedürüne** göre yapılmalıdır.
- Psikotrop ve narkotik ilaçların hastane içinde denetim altında tutulması, düzenli olarak dağıtılması, kullanılması ve saklanması uygun şekilde yapılmalıdır.
- Yeşil ve kırmızı reçeteye tabi olan ilaçlar kilitli dolapta muhafaza edilir. Bu ilaçların kliniğe girişi – çıkışı kullanımı ve devir teslimi **Narkotik ve Psikotrop İlaç Devir Teslim Forumu**'na kaydedilir.
- Hastanın tedavisinde kullanılacak olan ilaçların **İlaç – İlaç Etkileşimi Kontrol Talimatı, İlaç – Besin Etkileşimi Kontrol Talimatı**' na göre uygulama yapılmalıdır.
- Soğuk zincire tabi ilaçlar, günlük ısı takibinin yapıldığı buzdolaplarında muhafaza edilir.
- İlacın hastaya uygulanması esnasında hasta hemşire tarafından alerji ve beklenmeyen/yan etkiler (advers etkiler) açısından gözlenir.
- Herhangi bir alerji gelişmesi ya da yan etki durumunda mümkünse ilaç derhal stoplanarak hekime haber verilir. Hekim direktifleri doğrultusunda gereken uygulamalar yapılır.
- Alerji tespit edilmişse hastanın beyaz renkli bilekliği çıkarılarak kırmızı renkli hasta bilekliği takılır ve alerjiye neden olan ilaçla ilgili **Hemşire Gözlem Forumu**'na not düşülür.
- Uygulanan ilaçlarla ilgili advers etki gözlenmişse mutlaka **Güvenlik Raporlama Sistemi Bildirim Formu** düzenlenir.
- Farmakovijilans sorumlusuna **Advers Etki Bildirim Formu** ile bildirim yapılmalıdır.
- Klinikte bulunan stajyerlerin ilaç uygulamaları sağlık personeli gözetiminde yapılır.
- Hekimin hastanede bulunmadığı durumda ya da steril bir uygulama yapıyorken olduğu gibi yazılı order veremeyeceği durumlarda hastaya ilaç uygulaması gerekiyorsa hekim, order sözlü olarak verir.
- Sözel order uygulamasının nasıl yapılacağı **Sözel Order Uygulama Talimatı**nda tanımlanmıştır, hemşire bu talimata uygun olarak ve **Sözel Order Takip Formunu** uygun biçimde doldurarak alır. Hekim, 24 saat içinde verdiği sözlü Order tedavi planına aktarmakla yükümlüdür.
- Hastanın yanında getirdiği ilaç varsa, bu ilaçlar doktoru tarafından kontrol edilir ve yatışı süresince kullanması gerekiyorsa hekim tarafından tedavi planına yazılmalıdır.
- Hastanın yanında getirdiği ilaçlar hastanın hemşiresi tarafından hastanın kliniğe ilk yatışında miat kontrolü yapılarak imza karşılığı **Hastanın Beraberinde Getirdiği İlaçlar Kayıt Formu** ile teslim alınır.

6.2.3.2.Tetkik İstemlerinde Uygulama

6.2.3.2.1.Laboratuvar Tetkik İstemi:

- Klinik hemşiresi, hastanın yanında getirmiş olduğu tetkikleri gerektiğinde kullanılmak üzere, hastanın yanında bulundurulmasını sağlar.
- Hekim laboratuvar tetkiki istemişse, tıbbi sekreter ya da hemşire HBYS'de giriş yaparak tetkik barkodlarını oluşturur. Tetkiklerin barkodunu ve numune kaplarını alarak hasta yanına gider.
- Hastanın başında kimlik doğrulama yaptıktan sonra barkodu ilgili numune tüpüne yapıştırır. Alımı takiben uygun taşıma kabıyla ilgili laboratuvara pnömatik sistemle veya yardımcı personel ile ulaştırılır.
- Patoloji, mikrobiyoloji ve biyokimya numunelerinin güvenli transferi ve kaybolmalarının önlenmesi amacıyla talimatlar oluşturulmuştur ve uygulamalar bu talimatlar doğrultusunda yürütülür; Bu talimatlar;
- Patoloji Numunelerinin Toplanması ve Güvenli Transferi Talimatı
- Biyokimya Laboratuvarına Gönderilecek Numunelerin Alınması ve Güvenli Transferi Talimatı

- o Mikrobiyoloji Numunelerinin Toplanması ve Güvenli Transferi Talimatı
- o Numunenin Kırılması/Dökülmesi ya da Kaybolmasına Karşı Alınacak Önlemler ve Numune Kayıplarında İzlenecek Süreç Talimatı

6.2.3.2.2.Radyolojik Tetkik İstemi:

- Hekim isteminde hastadan radyolojik tetkik istenmiş ise, görevli hemşire tetkik hakkında hastaya bilgi verir.
- Tetkik saati geldiğinde hastanın radyolojiye transferi personel eşliğinde **Hastaların Güvenli Transferi ve Taşınması Prosedürü'** ne uygun olarak yapılır.
- Hasta gidemeyecek durumdaysa röntgen birimi ile irtibata geçilerek portable röntgen çekimi talep edilir. Röntgen çekimleri dijital ortama yapılıyor olduğundan HBYS Sistemi'nden hekimin sonuçları takip eder.

6.2.3.2.3.Endoskopik Tetkik İstenmiş İse; hastanın yapılacak işleme uygun olarak hazırlığı yapılır ve endoskopi ünitesine **Hastaların Güvenli Transferi ve Taşınması Talimatına** göre gönderilir. **Güvenli Cerrahi Uygulama Prosedürü'** ne göre uygulama yapılır.

6.2.3.2.4.Hastanın EKG Tetkiki / Monitörizasyonu istenmiş ise EKG Çekilmesi Talimatı ile Monitörizasyon Talimatına göre işlem sağlanır.

6.2.3.2.5.Kan Transfüzyonu Süreci ve Güvenliğinde Uygulama:

Transfüzyon süreci, hekimin hastaya kan veya kan ürünü istemini order etmesi ile başlar. Kan ve kan ürünlerinin uygulanması **Transfüzyon Hizmetleri İşleyiş Prosedürü'** ne uygun olarak yapılır. Hastanedeki rutin işleğin takibi, form düzenlenmesi ve bildirimlerin yapılmasından **Hemovijilans Hemşiresi** sorumludur.

6.2.3.2.6.Konsültasyon İsteminde Uygulama:

- Konsültasyon uygulamaları HBYS üzerinden, hekimler tarafından yapılır.
- Hastanın başka branşlarla ilgili problemi varsa hekim tarafından HBYS üzerinden konsültasyon istemi yapılır.
- Konsültasyon istemleri söz konusu olduğunda konsültasyon isteminin aciliyetine göre **Konsültasyon İstemi ve Uygulaması Talimatına** göre işlem yapılır.

6.2.4.KLİNİK RİSK DEĞERLENDİRME VE BAKIM UYGULAMALARI

6.2.4.1.Vital bulguların takibi

- Rutin vital bulgu ölçüm zamanları klinikler tarafından belirlenmektedir.
- Doktor order göre belirtilen özel durumlara ilişkin planlamalar yapılabilir.
- Doktor order belirtilmemiş olsa bile, hastanın vital bulgu ölçümlerinde normalden çok düşük ya da yüksek çıkan ölçümlerin kontrol ölçüm değerlerine mutlaka bakılır, hekime iletilir ve kayıt altına alınır.
- Gereksinime göre ve postoperatif dönemde vital bulguların ölçülmesi sıklığı artırılır.

6.2.4.2.Hastanın Bası Yarası Riskinin Değerlendirilmesi – Bakımın Planlanması ve Uygulanması:

- Bası ülseri risk değerlendirilmesi için, **“Braden bası yaralanması ölçeği takip formu”** kullanılır.
- Bu formun içeriği ilk olarak, hemşire tarafından, hasta yatış sürecinde değerlendirilir.
- Bası yaralanması için risk grubundaki hastaların değerlendirilmesi ve izlenmesi günlük olarak yapılır, gerekli önlemler alınır.
- Alınan önlemlere rağmen bası yarası oluşmuş ise ya da hastanın, önceden var olan bası yarası ile yatışı yapıldıysa, **“Bası yarası takip formu”** doldurulur
- Bası yarası riski olan ve bası yarası mevcut olan hastalar için **Bası Yarası Değerlendirme ve Bakım Talimatına** uygun olarak hemşirelik bakımı planlanır, uygulanır.

6.2.4.3.Hastanın Düşme Riskinin Değerlendirilmesi – Bakımın Planlanması ve Uygulanması:

- Kliniğe yatırışı yapılan her hasta için yatırışı takiben; yetişkin hastalar için **İtaki Düşme Riski Ölçeği**, 0 – 16 yaş çocuklar için **Harizmi Düşme Riski Ölçeği** ile düşme riski belirlenir ve kaydedilir.
- Hastanın bölümler arası transferinde, postoperatif dönemde, hastanın durumunda meydana gelecek bir değişiklik olması halinde ve bir düşme olayı gerçekleştiğinde düşme riski değerlendirmesi tekrarlanır.
- Düşme riskinin tekrar değerlendirilmesi gereken durumlardaki önlemler, yüksek riske sahip hastalar için alınacak önlemler ve uygulamalar **Düşme Riskinin Değerlendirilmesi ve Önlenmesi Talimatı** doğrultusunda yürütülür.
- Düşme riski yüksek olan hastalar için **Dört Yapraklı Yeşil Yonca Figürü** kullanılır.
- Alınan önlemlere rağmen yatan hastalarda düşme olayı gerçekleşmesi halinde **Düşme Olay Bildirim Formu** ve HBYS üzerindeki Güvenlik Raporlama Sistemi üzerinden **Güvenlik Raporlama Olay Bildirim Formu** doldurularak Kalite Yönetim Birimine bildirim yapılır.

6.2.4.4.Hastanın Ağrı Durumu Değerlendirilmesi – Bakımın Planlanması ve Uygulanması:

- Hastaneye başvuran her hastanın (gününbirlik yatan hastalar, Yenidoğan yoğun bakım hariç) ağrı değerlendirilmesi ilk gelişlerinde ve belirli aralıklarla hastanın hemşiresi ve doktoru tarafından hastalarda **Numaralı Ağrı Skalası** ve **Wong – Baker Yüz Değerlendirme Skalası** ile değerlendirilir.
- Eğer ağrı skoru numaralı ağrı şiddet skalasına göre 1 ve 1'in üzerinde ise, ağrının şekli, yeri, oluşumu, süresi, arttırıcı ve azaltıcı nedenler, zaman zaman şiddetlenen ağrıların varlığı, ağrı tedavisindeki yeterlilik, kullanılan tedavilere oluşan yan etkilerin varlığı ve şiddeti şeklinde değerlendirilir ve değerlendirme sonuçları hemşire tarafından **Hemşire Gözlem Forumu**'na kaydedilir.
- Hastanın ağrısının olması halinde ağrının azaltılmasına yönelik bakım ve tedavisi; **Ağrı Yönetimi Prosedürü** doğrultusunda uygulanır. (standart: ağrı değerlendirmesi, hastanenin belirleyeceği branşlarda ya da hasta gruplarında yapılmalıdır der.)

6.2.4.5.Bilinç Düzeyi ve Pupil Değerlendirmesi: Bilinç Düzeyi ve Pupil Takibi

- Servise yatırışı yapılan her hastanın bilinç düzeyinin belirlenmesi amacıyla durumu değerlendirilir. Hastanın bilinç düzeyi, verilen herhangi bir uyarana (ağrı, ses... gibi) hastanın verdiği tepki ile belirlenir.
- Uyarı hafiften başlanıp gerektiğinde artırılarak uygulanır.
- Yapılan değerlendirme sonucu hemşirelik hizmetleri **Hemşire Tanılama Formu** ile kayıt altına alınır.
- Daha sonra takip sürecinde **Glaskow Koma Skalası** ile Doktor direktifi doğrultusunda takibi yapılır.
- Pupiller büyüklük, şekil ve ışığa reaksiyon açısından değerlendirilir. Bir pupilde gözlenen bulgular diğer pupille karşılaştırılır. Yapılan değerlendirme kayıt altına alınır.

6.2.4.6.Hastanın Nütrisyon Destek İhtiyacı Değerlendirilmesi–Bakımın Planlanması ve Uygulanması:

- Servise yatış yapılan tüm hastalarda, beslenme durumu değerlendirilir, değerlendirme sonucu Nütrisyon Risk Skoru (NRS 2002 Formu) HBYS'de kayıt altına alınır.
- Değerlendirme sonrası beslenme desteğine ihtiyaç duyulan hastaların beslenme yönetimi; **Nütrisyon Uygulamaları Prosedürü** doğrultusunda hastanın kendi hekimi, servis hemşiresi ve Nütrisyon Destek Ekibi (NDE) üyelerinin işbirliği ile gerçekleştirilir.
- Yapılan uygulamalar kayıt altına alınır.

- Hastaların Nütrisyon destek ihtiyacının karşılanmasına yönelik süreçler NDE tarafından izlenir ve sürekli iyileştirme için gerekli faaliyetler gerçekleştirilir. Taburculuk sonrası Nütrisyon desteğe devam edilmesi gereken hastalar ve yakınlarına eğitim verilir, eğitimler kayıt altına alınır.

6.2.4.7.Ventilatör ilişkili pnömoni açısından hasta izlemi:

- Yoğun bakım ünitelerinde **Ventilatör İlişkili Pnömoni Talimatına** göre değerlendirilmektedir.

6.2.4.8.Hastaya Yapılan Girişimsel İşlemlerde Değerlendirme – Bakımın Planlanması ve Uygulama:

- Hastanemizde kateter uygulamaları Enfeksiyon Kontrol Komitesi tarafından hazırlanan talimatlar doğrultusunda gerçekleştirilir.
- Eller yıkanır, kurulanır, steril eldiven giyilerek, aseptik koşullara uygun olarak uygulama yapılır.
- Kateter endikasyonu biter bitmez üriner kateter çıkarılır.
- Santral kateter ve Periferik IV kateter uygulamaları **Damar İçi Kateter Enfeksiyonlarının Önlenmesi Talimatı** doğrultusunda gerçekleştirilir.
- Sadece endikasyon varlığında kateter takılır.
- Damar içi kateter giriş bölgesi her gün kontrol edilir.
- Kateterin takıldığı tarih ve takan kişi kateter üzerine yazılır.
- Kateter takılmasından, pansuman değiştirilmesinden ve kateterle ilgili her tür manipülasyondan önce ve sonra el hijyeni sağlanır. Eldiven takılır.
- Tüm uygulamalar aseptik kurallara uygun olarak gerçekleştirilir.
- Kullanım endikasyonu ortadan kalkar kalkmaz kateter çekilir.
- Santral venöz veya arteriyel kateterler rutin olarak değiştirilmez (her yeni girişim ek enfeksiyon riskini beraberinde getirir).
- Enfeksiyon riski açısından Enfeksiyon Kontrol Komitesi tarafından gerekli izlemler yapılır.

6.2.4.9.Ekstremiteletin Nabız ve Ödem Değerlendirmesi – Bakımın Planlanması ve Uygulanması:

Ödemi bulunan hastalarda, kısıtlama altındaki hastalarda (kısıtlama uygulanan ekstremitte), travma geçirmiş, ortopedik ameliyat olan ya da ortopedik bakım ekipmanı (alçı, bandaj vb.) olan hastalarda ekstremitte nabız takibi ve ödem derecelendirmesi hemşire tarafından **“ekstremitte nabız takibi ve ödem derecelendirmesi talimatı ve nörovasküler takip formuyla”** değerlendirilir, takibi yapılır.

6.2.4.10.Ağız Bakımı İhtiyacının Değerlendirilmesi – Bakımın Planlanması ve Uygulanması:

- Bilinç düzeyi iyi olmayan ve/veya gücü olmayan hastaların kendisini iyi hissetmesini sağlamak, oral enfeksiyonları önlemek ve enfeksiyonların tedavisi amacıyla hastanın ağız bakım ihtiyacı değerlendirilir.
- Oral mukozada gelişebilecek problemler için riskler belirlenir. (hastanın ruhsal durumu, sıvı yiyecek alımı, dişler / diş teli/ protez, dudaklar, dil, tükürük, mukoz membran, hastanın yaşı, hava yolu göz önünde bulundurulur.)
- Değerlendirme bulguları **Hemşire Gözlem Forumu’na** kaydedilir.
- Hastanın bakım ihtiyacı olması halinde **Hemşirelik Bakım Planı** hazırlanır.
- Ağız bakımının sıklığı belirlenir. Ağız bakımı günlük öz bakım gereksinimleri standardına uygun olarak (kahvaltı öncesi, sabah, öğleden sonra ve gece bakımı olmak üzere) yapılır.
- Hareket kısıtlılığı olan ya da yatağa bağımlı hastalarda ağız bakımı yatak içinde yapılır.
- Ellerini kullanabilen hastalara hemşire ağız bakımı için gereken araç ve gereci sağlayarak hastanın ağız bakımına katılımı teşvik eder.
- Yapılan uygulamalar **Hemşirelik Bakım Planı** ile kayıt altına alınır.

6.2.4.11.Kısıtlamaya Alınacak Hastanın Değerlendirilmesi – Bakımın Planlanması ve Uygulama:

- Kendine ve başkalarına zarar verme riski olan hastalar tedavi ve bakım sürecinde yapılan gözlem ve değerlendirmelerle belirlenir.
- Hareket kısıtlama kararı hekim tarafından tedavi planına yazılır.
- Planda kısıtlama başlama ve sonlandırma zamanı ve kontrol aralıkları belirtilir.
- Hekim tarafından order edilen kısıtlama, hemşire tarafından takip edilir ve kısıtlama kontrolleri **Kısıtlama Formu** ile kayıt altına alınır.
- Kısıtlılığın devamı ile ilgili karar en geç 24 saatte bir hekim tarafından gözden geçirilir.
- Yatan hastaların kısıtlanmasına yönelik takip ve bakım uygulamaları **Kısıtlama ve Kısıtlama Altındaki Hasta Bakımı Talimatına** göre yapılır.

6.2.4.12. Hastaların İzolasyonunun Sağlanması:

- Kliniklerde yatan enfekte veya kolonize hastalardan diğer hastalara, ziyaretçilere ve sağlık personeline mikroorganizmaların bulaşmasını önlemek amacıyla uyulması gereken izolasyon kuralları, **İzolasyon Önlemleri Talimatında** tanımlanmıştır ve uygulamalar bu talimat doğrultusunda yürütülür.
- Enfekte ve kolonize hastalara yönelik izolasyon önlemleri hastanın kliniğe ilk kabulünde değerlendirilir, gereken önlemler alınır
- İzole hastanın tanımlanmasında kullanılan figürler; solunum izolasyonunda **sarı yaprak**, damlacık izolasyonunda **mavi çiçek**, temas izolasyonunda **kırmızı Yıldız**'dir.
- Bildirimi zorunlu bir hastalığın tespit edilmesi durumunda **Form 014- Bildirimi Zorunlu Hastalıklar Formu** hastanın hekimi tarafından doldurularak hastanenin istatistik birimine teslim edilmesi sağlanır.

6.2.5.HASTANIN HASTANEYE YATIŞINDA SERVİSE KABUL VE UYUMU SÜRECİ:

- Hastanın yatış kaydı yapıldıktan sonra alınarak servis hemşiresi tarafından odasına yerleştirilir.
- Hastaya elbiselerini çıkartıp pijamalarını giyebilecek kadar zaman tanınır. Hasta kendisi giyinebilecek durumda değil ise, hemşire ve oda destek personeli tarafından giydirilir. Kendi başına giyinemeyecek durumda olan çocuk/ bebek hastalar ise ailesi/ oda destek personeli tarafından giydirilir.
- Servis hemşiresi tarafından hasta odasına alındıktan sonra, hemşire kendisini tanıtır. Sağlık tesisi içerisinde olduğu süre içerisinde bakım hizmetlerini kendisinin yapacağını bildirir. Hastanın kimlik kontrolü **Hastanın Kimliğinin Doğrulanması Talimatı** doğrultusunda yapılır. Hastanın kimlik doğrulanması sonrası, hastanın el bileğine barkotlu hasta bilekliği takılır. Hasta dosyasında olması gereken belgeler **Arşiv Rehberi**' ne göre kontrol edilir, **Yatan Hasta Dosyaları Evrak Takip Formu** doldurularak takip edilir.

6.2.5.1.Hasta ve Yakınının Bölüme Uyum

Hasta ve hasta yakınına, hastanın kliniğe kabulü sırasında, hemşire tarafından **"hasta/hasta yakını bölüme uyum formu"** içeriği anlatılır.

Hasta ve hasta yakınından formun ilgili bölümü **"okudum, anladım"** ibaresinin altına isim soy isim yazılarak, imza atması istenir. Hasta ve hasta yakınına bilgilendirmeyi yapan hemşire de formu imzalar.

- Yatağın nasıl kullanılacağı, lamba, yemek masası, televizyon,
- Tuvalet ve Banyo Kullanımı,
- Hemşire Çağrı Sistemi Kullanımı, Yangın çıkışları, Telefon kullanımı,
- Kahvaltı ve Yemek Saatleri,
- Ziyaret Saatleri ve Kuralları,
- Hasta Yakınının Uyması Gereken Kurallar,
- Hekim Viziteleri,
- Hasta Hakları,

- Acil durum planı, sigara yasağı konusunda ve ışıklar tek tek gösterilip izahı gereken konular sözel / uygulamalı olarak anlatılır. Çocuk / bebek hastalarda bu bilgiler hastanın yakınına verilir.
- Çocuk hastaların mama hazırlığı için gerekli işlemlerin nerede ve ne zaman yapılacağı bakımından sorumlu olan kişiye bildirilir.
- Hastayı izleyecek olan hekime ve/veya yatış kararını veren hekime hastanın servise geldiği telefonla bildirilir.

6.2.5.2.Hasta Yakınının Ziyareti ve Refakati Durumunda Uygulama:

Refakatçiler için uyulması gereken kurallar ile ziyaret saatleri ve **Ziyaretçilerin Uyması Gereken Kuralları** tanımlanmış ve hasta ve yakınlarının görebileceği alanlarda ilan edilmiştir. Ayrıca özellikli birimlerde (Yoğun Bakım, Kadın Hastalıkları ve Doğum Kliniği vb.) kurallar tanımlanmıştır.

6.2.5.3.Hasta / Hasta Yakını ile Sağlık Çalışanları Arası Etkili İletişim

- Hasta/hasta yakınının tedavi ve bakıma etkin katılımının sağlanması amacıyla, hasta/hasta yakını ve sağlık çalışanı arasında etkili bir iletişim kurulmasına özen gösterilir.
- Hastanın servise kabulünden itibaren hastaya hizmet verecek olan bölüm çalışanları hasta ve hasta yakınına kendisini tanıtır.
- Hasta ve hasta yakını ile yapılan görüşmelerde olumlu bir iletişim ortamı (uygun ses tonu, uygun beden dili, sözcüklerin seçimi, mesleki terimlerden uzak, anlaşılır bir dil kullanımı gibi) oluşturulur.
- Tüm personele belirli periyotlarda etkili iletişim ile ilgili hizmet içi eğitimler verilir. Eğitim kayıtları eğitim birimi tarafından tutulur.
- Hastanın tedavi ve bakımını gerçekleştiren tüm personel arasında etkili ve güvenilir bir bilgi akışı sağlanmasına özen gösterilir.

6.2.6. BAKIM VE TEDAVİDE DEĞİŞİKLİK YAPILMASI

6.2.6.1.Tedavi ve Bakımda Değişiklik Yapılarak Klinikte İzlem:

- Gerekli durumlarda hastanın izlenme sürecinde beklenen hedefe ulaşamaması sonucunda hekim ve hemşirenin önerisi doğrultusunda tedavi ve bakım değişikliğine gidilir.
- Hastanın tedavi ve bakımında değişiklik yapılması halinde bu prosedürün 6.2. maddesi ve alt başlıklarında belirtilen izlemler çerçevesinde tedavi ve bakımı tekrar değerlendirilir, yeni tedavi ve bakım planlanır ve uygulanır.

6.2.6.2.Hastanın Sevk Edilmesi:

- Hasta, başka bir bölüme nakil edilecekse **Bölmeler Arası Hasta Transfer Formu** doldurulmuş olarak uygun taşıma ekipmanı ile güvenli transfer kurallarına uyularak sevk edilir.
- Sevklerde uyulması gereken kurallar, hastaya sağlık personelinin eşlik edeceği durumlar, hasta teslimi ve güvenli transfer için dikkat edilmesi gereken hususlar, **Hastaların Güvenli Transferi ve Taşınması Talimatı**nda detaylı olarak tanımlanmıştır ve uygulamalar bu talimat doğrultusunda gerçekleştirilir.

6.2.6.3.Hastanın Taburcu Edilmesi:

- Hekim tarafından taburculuk kararı verilen hastanın dosyası tıbbi sekreter tarafından dosya planına uygun olarak düzenlenir.
- Tüm malzeme ve ilaç girişleri kontrol edilir varsa kalan ilaç ve tıbbi malzemeler hemşire tarafından HBYS üzerindeki **İlaç / Tıbbi Malzeme İade** bölümünden eczaneye iade edilir.
- Hekim tarafından hastanın **Epikriz Raporu** HBYS üzerinden doldurulur.
- Evde kullanması gereken ilaçlar hekimi tarafından e – reçete edilir.

- Klinik hemşiresi taburculuk işlemlerinin gerçekleştirilmesini sağlar, takip eder ve işlemler tamamlandığında gerekirse hastanın hazırlanmasına yardım eder.
- Hasta yürüyemiyor ve tekerlekli sandalyeyle veya sedyeyle taburcu ediliyorsa bir personel eşliğinde hastanın çıkışı sağlanır.
- Taburcu edilen hastanın dosyası, hasta kayıt personeli tarafından kontrol edildikten sonra imza karşılığı TİG/ Fatura Birimine birimine teslim edilir.
- Burada kodlanan dosyalar TİG/ Fatura biriminden Arşive teslim edilir.

6.2.6.4.Exitus Olan Hasta İçin İzlenecek Süreç:

- Hasta ex durumunda hastanın hekimi bilgilendirilir.
- Hastanın ölümü (eksitus) halinde; eksitus olan hasta hemşire ve yardımcı personel tarafından hazırlanır. Hasta üzerinde bulunan damar yolu, sonda, dren, kateter, elektrotlar vb. çıkartılır.
- Sağ ayak başparmağına eksitus kartı takılır.
- Ölünün üzeri oda destek tarafından örtülerek morga götürülür. Ölüm Bildirim Sistemi ile ölüm raporu yazılır.
- Hastanın hekimi tarafından hasta yakını uygun bir yerde ve gerektiğinde güvenlik tedbiri alınarak bilgilendirilir.

6.2.7.HASTA / HASTA YAKINININ BİLGİLENDİRİLMESİ

6.2.7.1 Rızasının Alınması

- Hekim tarafından yapılacak bilgilendirmelerde hasta mahremiyeti göz önünde bulundurulur.
- Hastanemizde hastalara uygulanacak her türlü tıbbi müdahale öncesi hasta/hasta yakını (hastanın yasal temsilcisi), hekim tarafından ayrıntılı olarak bilgilendirilir ve rızaları tarih, saat not düşülerek karşılıklı imzalar atılmak suretiyle kayıt altına alınır.
- Hastaların ayrıntılı olarak bilgilendirilmesinde işleme özel bilgilendirme ve onam formları kullanılır.
- İşleme özel bu bilgilendirme ve onam formları aracılığıyla, aynı zamanda hasta/hasta yakınının tedaviyi reddetme ya da onamı geri çekme hakkı bulunduğu konularında da hastaya/hasta yakınına bilgi verilir.
- Hasta /hasta yakını formda ilgili alanı doldurup imzalayarak önerilen müdahaleyi reddedebilir.
- Yoğun Bakım Yatış Onamları hemşire tarafından alınabilir.

6.2.7.2.Onamı geri çekme;

- Hastaya tedaviyi reddetme veya sonlandırma hakkı ve sonuçları vb. ile ilgili bilgilendirme yapılır.
- Onamın geri çekilmesi durumunda; onamı geri çekme nedeni **Tetkik veya Tedavi Ret Formu, Bilgilendirme ve Rıza Belgesini Geri Çekme Tutanağı** ile kayıt altına alınır.

6.2.7.3.Hastanın Tetkik ve Tedaviyi Reddetmesi Durumunda Uygulama:

- Hasta/hasta yakını kendisine önerilen tıbbi müdahaleyi işleme özel onam formu aracılığıyla reddedebileceği gibi kendisine uygulanması planlanan ve onam gerektirmeyen diğer tetkik ve tedavileri de reddedebilir ya da uygulanan bir tedaviyi sonlandırabilir.
- Bu durumda **Tetkik veya Tedaviyi Ret Formu** doldurularak hasta tarafından imzalanması sağlanır. Tedavi ret mesai dışında gerçekleşmiş ve hastanın doktoru hastanede değilse hemşire hastanın hekimine telefonla ulaşarak bilgi verir.
- **Bilgilendirme ve Rıza Belgesini Geri Çekme Tutanağı** ile kayıt altına alınır.

6.2.7.4.Değerli Eşyanın Teslimi Alınması, Muhafazası ve İadesinde Uygulama:

- Yatışı yapılan hastaların kliniğe kabulünde mümkünse değerli eşyalarını / emanetlerini yakınlarına teslim etmesi ve yanlarında yeterli miktarda para bulundurmaları istenir.

- Hastanın yanında değerli eşya / emanet ya da protez gibi çıkabilir malzemeler hastaya uygulanacak tedavi ve bakım gibi nedenlerle çıkarılabilir. Hastanın yanında yakını var ise hasta yakını teslim alır.

6.2.8.GÜVENLİ CERRAHİ UYGULAMALARI:

- Klinikler tarafından planlı ve acil ameliyatlara için, preoperatif hazırlık süreci ayrı olarak tanımlanmalıdır.
- Hasta preoperatif dönemde mutlaka anestezi hekimi tarafından değerlendirilmeli, anestezi yöntemi ve premedikasyon belirlenmelidir.
- Kanam riski yüksek olan hastalar için kan ve kan ürünlerine yönelik gerekli planlama yapılmalıdır.
- Cerrahi ve anestezi uygulamaları hakkında cerrah ve anestezi uzmanı tarafından hastaya sözlü bilgilendirme yapılmalı ve rıza belgesi alınmalıdır.
- Hasta ve hasta yakınlarına cerrahi uygulama öncesi hazırlıklar ve dikkat edilmesi gereken noktalara ilişkin bilgi verilmelidir.
- Sağlık çalışanları tarafından hazırlıklara yönelik gerekli kontroller yapılmalıdır.
- Ameliyat öncesi hastaya ait çıkabilen protezlerin ve değerli eşyaların teslimine ilişkin süreçler tanımlanmalıdır.
- Hasta klinikten ayrılmadan önce **“güvenli cerrahi kontrol listesinin “klinikten ayrılmadan önce”** bölümü hemşire tarafından doldurulmalıdır.
- Kliniklerde, hemşire tarafından **“hemşirelik süreci ameliyat öncesi ve ameliyat sonrası formu”** nun ilgili bölümü doldurulur.
- Cerrahi işlem öncesi, cerrahi bölge işaretleme süreci ameliyat ekibi tarafından belirlenir.
- Hastanede cerrahi operasyon olacak hastalarla ilgili süreç; **Güvenli Cerrahi Uygulamaları Prosedürüne** göre gerçekleştirilir.

6.2.8.1.Cerrahi uygulama sonrası hasta bakımına yönelik düzenleme

- Hastaların cerrahi uygulama sonrası ameliyat odası, uyandırma odası ve/veya yoğun bakımdan çıkarılma süreçleri belirlenmelidir.
- Hasta güvenliğini tehdit edecek süreçlere ilişkin kurallar belirlenmelidir.
- Hasta postoperatif dönemde yakından izlenmeli ve izlemler kayıt altına alınmalıdır.
- Her aşamada hasta ile ilgili bilgi ve kayıtlar tutulmalı ve bir sonraki aşamaya hasta ile ilgili bilgi ve kayıtların güvenli bir şekilde aktarımı sağlanmalıdır.
- Hasta ameliyathaneden kliniğe geldikten sonra hemşire tarafından **“hemşirelik süreci ameliyat öncesi ve ameliyat sonrası formu”** nun ilgili bölümü doldurulur.

6.2.9. KLİNİKTE YÜRÜTÜLEN DİĞER HİZMETLER

6.2.9.1.Kişisel Koruyucu Ekipman Kullanımı:

- Kişisel koruyucu ekipmanların hangi durumlarda kullanılacağı **Koruyucu Ekipman Kullanım talimatında** tanımlanmıştır.
- Bölüm bazında belirlenen kişisel koruyucu ekipmanlar, klinikte personele yetecek miktarda bulundurulur ve miktarları klinik sorumlu hemşiresi tarafından takip edilir.
- Kişisel koruyucu ekipmanlar, çalışma alanlarında ulaşılabilir alanlara olmalı ve çalışanlar tarafından bilinmelidir.
- Kişisel koruyucu ekipmanlar, **Çalışan Sağlığı ve Güvenliği Prosedürü** 'ne göre kullanılır.

6.2.9.2.İlaç, Malzeme ve Cihaz Yönetimi:

- Hasta ilaçları günlük olarak hastane eczanesinden order ile temin edilir.

- Bu işlemler, mesai saatleri içinde hemşire tarafından tamamlanır ve nöbetçi hemşireye teslim edilir.
- Yeni bir hasta yatışı olduğunda ve/veya hekim hastaya ilave bir ilaç order ettiğinde nöbetçi hemşire order edilen ilaçları nöbetçi eczacı aracılığıyla eczaneden temin edebilir.
- Sarf malzemeler, en fazla 5 günlük miktarda olacak şekilde depolardan istem yapılarak temin edilir.
- Sarf malzemeler, önceden belirlenmiş maximum, minimum ve kritik stok seviyeleri dikkate alınarak sorumlu hemşire tarafından takip edilir ve kullanıldığı hasta üzerine stoklardan düşülür.
- Sarf malzemelerle ilgili olumsuz bir durum yaşanması durumunda materyovijilans sorumlusuna **tutanak** ile bildirim yapılır.
- Hastanemizde malzeme ve cihazların yönetimi **Malzeme ve Cihaz Yönetim Prosedürü** doğrultusunda gerçekleştirilir.

6.2.9.3.Hasta Başı Test Cihazlarının Kullanılması ve Kontrolü:

- Kliniklerde HBTC olarak kan glikozunu ölçmek için glukometre cihazı kullanır.
- Kliniklerde kullanılan HBTC' larının kontrolünden ve takibinden klinik sorumlu hemşireleri sorumludurlar.
- Birim bazında HBTC envanter listesinde o bölüme ait kullanılan cihazların envanteri tutulur.
- HBTC'de çalışılmış olan tüm test sonuçlarını, hemşire gözlem kağıdına kayıt eder.
- HBTC'nin bakımı, temizliği üretici firmanın önerisine ve kullanım kılavuzuna uygun olarak yapılır.
- HBTC'lerinin kalite kontrolü serviste yapılır.
- HBTC kalite kontrolü cihazın kullanım sıklığına göre haftalık veya aylık olarak yapılır.
- Cihaz ile alınan sonuç laboratuvar sonuçları ile karşılaştırılır.
- Kalite kontrol sonuçlarında uygunsuzluk tespit edilmesi halinde uygunsuzluğun düzeltilmesi için ilgili birim ile görüşülerek cihazın değiştirilmesi sağlanır. Yeni cihaz kullanıma başlanmadan önce kontrol testi yapılır ve uygun ise cihaz kullanıma başlanır.

6.2.9.4.Acil Müdahale Seti:

- Sağlık hizmeti sunulan tüm alanlarda, acil müdahale gerektiren hastalar için **Acil Arabaları** bulunur.
- Acil müdahale seti içinde bulunan ilaç ve malzemelerin stok seviyeleri ve miat takipleri **Acil Arabası İlaç /Malzeme Takip ve Kontrol Formu 1** ile günlük olarak kontrol edilir ve kayıt altına alınır.
- Acil arabaları kilit kırıldıkça ve aylık kontrolleri **Acil arabası kontrol formu 2'** ye kaydedilir.

6.2.9.5. Sterilizasyon-Dezenfeksiyon Uygulamaları:

- Hastanedeki sterilizasyon ve dezenfeksiyon uygulamaları **Sterilizasyon/Dezenfeksiyon Talimatı** doğrultusunda gerçekleştirilir.
- Dezenfeksiyon işlemi yapılması gereken malzeme, yüzey, ekipman ve atıklar belirlenir. Spaulding Sınıflaması kapsamında, malzemenin cinsine göre uygun dezenfeksiyon yöntemi belirlenir.
- Hazırlanan dezenfektanlar kapalı kaplarda muhafaza edilir, Enfeksiyon kontrol komitesinin **Dezenfeksiyon Talimatına** uygun olarak kontrolleri yapılır.

6.2.9.6. Renkli Kod Uygulamaları

- Hastanemizde renkli kod uygulamaları kapsamında Mavi Kod, Pembe Kod, Beyaz Kod ve Kırmızı Kod uygulamaları gerçekleştirilir.
- Uygulamalar **Renkli Kodlar (Mavi, Beyaz, Pembe, Kırmızı, Turuncu) Uygulama Talimatı** doğrultusunda gerçekleştirilir.

6.2.9.7.Hasta ve Nöbet Devri:

Vardiya sonunda nöbeti devralacak hemşireye/hemşirelere hastalar devredilirken klinikle ve hastalar ile ilgili aktarılması gereken bilgiler **Nöbet Değişimlerinde Servis ve Hasta Teslim Talimatına** göre sözlü ve yazılı olarak aktarılır.

6.2.10. ÖZELLİKLİ HASTA GRUPLARI VE KLİNİK BAKIM UYGULAMALARI PROSEDÜRÜ

Hastanemizde **Özellikli Hasta Grupları ve Klinik Bakım Uygulamaları Prosedürü** oluşturulmuştur.

Özellikli Hasta Gruplarımız;

- Terminal Dönem Hastalar
- Geriatri Hastaları
- Kemoterapi Hastaları
- Diyaliz Hastaları olarak belirlenmiştir.

6.3.ACİL HASTA BAKIM SÜREÇLERİ

6.3.1. Acil Servise Ulaşım- Karşılama – Danışma – Yönlendirme ve Kayıt Hizmetleri

6.3.1.1. Acil Servis giriş ve çıkışlarında ambulans ve araçtan acil servis girişine kadar olan mesafede hastaların olumsuz hava koşullarından etkilenmemesi için üstü kapalı olacak şekilde, sedye ile hasta nakline uygun alan oluşturulmuştur.

6.3.1.2. Çalışır durumdaki sedyeler ve tekerlekli sandalyeler ihtiyaç halinde ulaşılabilir olmak üzere acil servis girişlerine konumlandırılmıştır.

6.3.1.3. Acil servise yakın ve acil ulaşımını aksatmayacak şekilde, hasta nakil araçları, engelli hasta araçları ve resmi araçlar, personel ve hasta yakınları için uygun ve yeterli genişlikte otopark alanı ayrılmıştır. Ambulans otoparkı ayrı olarak belirlenmiş ve her an çıkış yapabilecek şekilde planlanmıştır.

6.3.1.4. Sağlık tesisimiz dışında acil servise ulaşımı kolaylaştırıcı tabela ve yönlendirici işaretler mevcut olup ambulans ve diğer araçların ulaşımının kolay olduğu ayrı bir giriş mevcuttur.

6.3.1.5. Acil servisin yerini gösteren, yeteri kadar büyüklükte ve geceleri de okunabilecek şekilde ışıklandırılmış, yönlendirme levhaları mevcuttur.

6.3.1.6. Acil servis girişinde hastaların transferine yardımcı olan hasta karşılama ve yönlendirme görevlisi mevcuttur. Hasta kayıt işlemlerinin yapıldığı hasta kayıt birimi de bu alanda konumlandırılmıştır.

6.3.1.7. Karşılama, danışma, yönlendirme ve kayıt hizmeti verecek personelin kıyafetleri hastane çalışanlarından ayırt edilebilecek şekilde düzenlenmiştir.

6.3.1.8. Yabancı dil veya işaret dili bilen personel teminine ihtiyaç duyulduğunda, T1 ve T2 Bloklarındaki ana resepsiyon görevlisi aranarak ihtiyaç duyulan hizmet talep edilir.

6.3.2. ACİL SERVİS HASTA KABUL SÜRECİ

6.3.2.1. Bütün acil başvuruların hiçbir ayırım yapılmaksızın kabul edilmesi ve ilk tıbbi müdahalenin yapılması zorunludur. Hasta veya hasta bakımından sorumlu olan yakınlarının hastanın durumunu acil servise başvuracak kadar acil bulmaları acil serviste muayene olmak için yeterlidir. Acil servise başvuran, ambulansla veya sevkle getirilen tüm acil vakalar, sağlık güvencesi ve ödeme gücü olup olmadığına bakılmaksızın acil servise kabul edilir. Acil servise hastalar;

- Acil servise kendisi ayakta başvurabilir,
- Hasta acil servise ambulans ile getirilebilir,
- Adli vaka olarak gelebilir,
- Sosyal güvencesi olmayan hastalar gelebilir
- Hastanın yakını yok ve şuuru kapalı şekilde gelebilir.

Bu tür hastaların kaydı ve diğer işlemleri aşağıdaki gibi gerçekleştirilir.

6.3.2.2. Acil servise kendisi başvuran ayakta hastalar için;

- Hastalar kayıt işlemi yapıldıktan sonra triyaj alanına yönlendirilir.
- Durumu stabil olmayan hastalar ise hasta kayıt aşaması ertelenerek triyaj alanına kabul edilir.
- Acil ve stabil olmayan hastalarda ilk müdahale yapıldıktan sonra varsa hasta yakını yoksa karşılama ve yönlendirme elemanı tarafından hasta kayıt dekinde yapılan işlemler ve müdahaleler için kayıt yaptırılır.
- Ayaktan başvuran tüm hastalar karşılanarak ihtiyacı olan hastalara tekerlekli sandalye ve sedye temin edilir.
- Personel tarafından **Hastaların Güvenli Transferi ve Taşınması Prosedürü'** na uygun olarak hastanın güvenli şekilde triyaj alanına transferi sağlanır.
- Acil sorumlu hemşiresi tekerlekli sandalye ve sedyelerin temizlik ve çalışabilirliğini denetler ve eksikliklerin tamamlanmasını sağlar.

•

6.3.2.3 Hasta acil servise ambulans ile getirilmişse;

- ASKOM kararları gereği; ambulansın hastaneye gelişi ile çıkışı arasındaki süre maksimum 15 dakika olacak şekilde, hasta kabulü "**Acil Servis Ambulansla Gelen Hasta Girişinden** yapılmaktadır.
- Ambulans ile gelen tüm hastaların triyaj ambulans hekimi tarafından yapılır.
- Triage ambulans ekibi tarafından yapılan hasta; tıbbi durumuna göre ambulans ekibi tarafından resüstasyon odası, kırmızı alan veya sarı alana götürülür.
- Hastanedeki ilk müdahaleleri ve muayeneleri bu alanlarda yapılır.
- Ambulans ile gelen vakalarda kayıt işlemleri varsa hasta yakını yoksa personel tarafından yapılır.
- Hastayı getiren ambulans hekimi, hastayı acil hekimine **112 Ambulans Kayıt Formu** ile teslim eder.

6.3.2.4. Adli olarak gelen hastanın kaydı

- Acil servise kayıt işlemi, resmi yazıyla hastaneye gelen adli vakalarda vakayı getiren yanındaki polis memuru veya jandarma personeli tarafından yaptırılır.
- Ambulansla veya kendi imkânlarıyla ulaşan hastaların adli kaydı ise nöbetçi memur tarafından yapılır. Acil serviste muayene ettiği hasta adli vaka ise hekim, durumu hastane polisine bildirir.
- Hastaneye girişi yapılan adli vakanın adli deftere de kaydı yapılır.
- Doktorun yazmış olduğu tutanağın üst nüshası kolluk kuvvetine verilir, diğer nüshaları adli evrak dosyasında muhafaza edilir

6.3.2.5. Sosyal Güvencesi Olmayan Hastaların Kayıtları

- Hastanın sosyal güvencesi olup olmadığına, ödeme gücü bulunup bulunmadığına veya tedavi masraflarının nasıl karşılanacağına bakılmaksızın acil hasta olarak kabul edilir ve gerekli tıbbi tedavilerinin yapılması sağlanır.
- Sosyal güvencesi olmayan hastalarda durumuna göre istisnai haller (elektif hastalıklar veya uzun süreli şikâyetler vb.) dışında kesinlikle en kısa sürede giriş, kayıt ve tedavileri yapılır.
- Sosyal güvencesi açısından en doğru bilgiye ulaşmak için hasta kimlik bilgileri **Hastanın Kimliğinin Doğrulanması Talimatı** doğrultusunda alınır.

- Hastanın tedavisi sırasında ücret işleminden kaynaklanan sıkıntılar hiçbir şekilde hastaya yansıtılmaz.

6.3.2.6. Yakını Olmayan ve Şuuru Kapalı Hasta

- İsim hanesine **İsimsiz Kadın / Erkek**, Soyadı hanesine **“01”** den başlayarak iki haneli sayı gelecek şekilde geçici kayıt yapılır.
- Hastanın üzerinde herhangi bir irtibat adresi bulunursa, yakınları acil hekimi tarafından bilgilendirilir. Hastanın kimliği tespit edilene kadar yapılan tüm işlemler hastaya geçici olarak verilen kayıt numarası üzerinden takip edilir.
- Hastanın kimlik tespiti **Hastanın Kimliğinin Doğrulanması Talimatı’** na uygun olarak yapılır.

6.3.3. TRİYAJ UYGULAMASI

6.3.3.1. Acil servise başvuran hastaların hastalıkları geniş bir spektrumdan oluşmaktadır. Bu hastalar durumlarının ciddiyetine göre sınıflandırılır ve tıbbi bakım bu sıralamaya göre verilir.

6.3.3.2. Acil servise başvuran tüm hastalar tıbbi durumları dikkate alınarak tanı ve tedavi işlemleri için sıraya konulur ve triyaj koduna uygun olan **Kırmızı – Sarı – Yeşil** alana alınır. Hastanın uygun alana alınması esnasında **Hastaların Güvenli Transferi ve Taşınması Prosedürü’** ne uygun hareket edilmesi esastır.

6.3.3.3. Triage görevlisi doktor, hemşire, paramedik gibi deneyimli sağlık ekibinden oluşur. Tıbbi öncelikleri belirlemek için triyaj bileklikleri kullanılır. Triage görevlisi uygun bilekliği hastanın koluna taktıktan sonra belirlenmiş Alana hastanın transportunun yapılmasını sağlar.

6.3.3.4. Kırmızı alan- Resüsitasyon odası,

Sarı Alan – gözlem odası

Yeşil Alan-ilk muayene odası, olarak belirlenmiştir..

Triage görevlisi/ekibi solunum yolunun açıklığının sağlanması haricinde acil bakım vermez, acil bakım ekibi triyaj görevlilerinin hemen ardından gitmelidir.

6.3.3.5.ACİL TIP ANABİLİM DALI ACİL SERVİS TRİYAJ DEĞERLENDİRME

RENK	ALAN VE VAKA NİTELİĞİ	ÖRNEK DURUMLAR
YEŞİL	Ayaktan başvuran, genel durumu itibariyle stabil olan ayaktan tedavisi sağlanabilecek basit sağlık sorunları bulunan hastalar.	*Yüksek risk taşımayan ve hafif derecedeki her türlü ağrı *Aktif yakınması olmayan düşük riskli hastalık öyküsü. *Genel durumu ve hayati bulguları stabil olan hastada her türlü basit belirti. *Basit yaralar-küçük sıyrıklar,dikiş

SARI	Kategori 1:Hayatı tehdit etme olasılığı,uzuv kaybı riski ve önemli morbidite oranı olan durumlar. Kategori 2:Orta ve uzamış dönem belirtileri olan ve ciddiye potansiyeli taşıyan durumlar.	*Diastolik>110mmHg, Sistolik>180mmHg olan kan basıncı yüksekliği *Herhangi bir nedenle orta derecede kan kaybı *Yardımcı solunum kaslarının solunuma katılmadığı orta derecede solunum sıkıntısı * Nöbet geçirme öyküsü (uyanık) *Ateş yüksekliği olan onkoloji hastası veya steroid kullanan hasta *İnatçı kusma *Amnezi ile birlikte kafa travması olan ancak bilinci açık hasta *Kardiyak öykü ile uyumlu olmayan göğüs ağrısı *65 yaş üstü karın ağrısı olan hasta *Şiddetli karın ağrısı olan hasta * Deformite,ciddi lacerasyon ve ezilme yaralanması içeren ekstremitte yaralanması *Suistimal riskli veya şüpheli olan çocuk *Stresli ve kendine zarar verme riski olan hasta *Basit kanamalar *Göğüs ağrısı ve solunum sıkıntısı olmayan basit göğüs yaralanmaları *Solunum sıkıntısı olmayan yutma zorluğu *Bilinç kaybı olmayan minör kafa travmaları *Defibrasyon belirtileri olmayan kusma ve ishallere
------	---	---

KIRMIZI	Kategori 1:Hayatı tehdit eden ve hızlı agresif yaklaşım ve acil olarak eş zamanlı değerlendirme ve tedavi gerektiren durumlar.Bu durumlarda hasta hiç bekletilmeden kırmızı alana alınır. Kategori 2:Hayatı tehdit etme olasılığı yüksek olan ve 10 dakika içerisinde değerlendirilip tedavi edilmesi gerekli durumlar.	*Kardiyak arrest *Solunumsal arrest *Hava yolu tıkanıklığı riski *Majör çoklu travma *Solunum sayısı<10 dakika *Sistolik kan basıncı<80 (yetişkin) veya genel durumu bozuk çocuk veya infantlar *Sadece ağrıya yanıt veren veya yanıtız olan hastalar *Devam eden veya uzamış nöbet *İlaç aşırı alımı olan hastanın yanıtız veya hipoventilasyonda olması *Kardiyak ağrıya benzer göğüs ağrısı *Yardımcı solunum kaskarının solunuma katıldığı veya bakılabiliyorsa pulseoksimetri değerinin < %90'nın altına olduğu ciddi nefes darlığı olan hastalar *Şiddetli stridor veya yutkunma güçlüğü ile beraber olan havayolu *Dolaşım bozukluğu -Nemli, soğuk deri. Perfüzyon bozukluğu -Kalp hızı<50 veya >150 olması -Hemodinamik bulgularla beraber olan hipotansiyon *Akut hemiparazi/diefori
----------------	---	--

6.3.4. MUAYENE

6.3.4.1.Triyaj sonrası ilgili muayene alanına alınan hastanın vital bulguları ve anamnezi sağlık personeli tarafından alınır.

Hastanın fizik muayenesi hekim tarafından yapılır. Fizik muayene ve anamnez HBYS sistemine ve / veya **Acil Servis Hasta Muayene ve Gözlem Gözlem Forumu'**na kaydedilir.

6.3.4.2. Alınan anamnezde hastanın adli ve suistimal bulgusu varsa **Özellikli Hasta Grupları Klinik Bakım Uygulamaları Prosedürü** 'ne ve **Adli Vaka Talimatı'** na göre hareket edilir. Kadına yönelik aile içi şiddet vakalarında **Adli Vaka Talimatı** uygulanarak **Kadına Yönelik Aile İçi Şiddet Kayıt Formu** doldurulur. Bu form istatistik birimine aylık olarak acil servis sorumlusu tarafından teslim edilir.

6.3.4.3. Yeniden değerlendirme (tetkik sonrası, konsültasyon vb.) gerekirse hastanın durumundaki gelişme ve değişiklikler hasta eğer müşahedede. Müşahedeye alınmayan ayaktan hastalar için tekrar değerlendirme bulguları HBYS ye kayıt edilir.

6.3.5.TETKİK VE TANI SÜRECİ

6.3.5.1. Hekimin değerlendirilmesinden sonra hekim istemi doğrultusunda kan alma, periferik damar yolu açma, EKG Monitörizasyonu, SPO2 Monitörizasyonu ve diğer tıbbi veya hemşirelik girişimleri, ilgili işlemin talimatına uygun şekilde yapılır. Hastadan EKG istenmişse, hemşire tarafından çekimi **Elektrokardiyografi**

(EKG) Çekilmesi Talimatına göre yapılır. Hastanın Monitörizasyonu istenmiş ise; **Hastanın Monitörizasyonu Talimatına** göre yapılır.

6.3.5.2. Hastaya radyolojik tetkik istenmiş ise, HBYS üzerinden istemler hekim tarafından yapılır. Durumu kritik olan hastalara, bu işlemi sırasında tıbbi durumunun gerektirdiği bir sağlık personelinin refakat etmesi sağlanır. Hastanın durumuna göre tekerlekli sandalye veya sedye ile **Hastaların Güvenli Transferi ve Taşınması Prosedürü** ve **Düşmelerin Önlenmesi ve Kontrolü Talimatı** 'na uyulması esastır. Durumu uygun olan hasta ilgili radyoloji ünitesine kendisi de yönlendirilebilir.

6.3.5.3. Acil servise başvuran ve laboratuvar incelemesi gereken hasta için, istek hekim tarafından HBYS üzerinden yapılarak barkod çıkarılır. Numune alımı ise acil servis hemşiresi tarafından gerçekleştirilir. Numune merkez laboratuvara pnömatik sistem aracılığı gönderilir. Kan gazı istemi yapılmışsa kan hekim tarafından alınır.

6.3.5.4. Hastalara laboratuvar tetkiki sonuç verme süreleri hakkında; ilgili çalışanlar tarafından sözel ve bekleme alanında bulunan hasta bilgilendirme ekranlarından bilgilendirme yapılır.

6.3.5.5. Tetkik sonuçları acil servis hekimi tarafından değerlendirilir, sonuçlara göre hasta yakınları ve hasta bilgilendirilir.

6.3.5.6. Hasta muayenesi, tanı ve tetkiklerinden sonra hastaya ön tanı konur. Ön tanılama sonrası hasta müşahedeye alınacak ise **Acil Servis Erişkin Hasta Muayene ve Gözlem Formu / Acil Servis Pediatrik Hasta Muayene ve Gözlem Formu / Acil Servis Kadın Doğum Hasta Muayene ve Gözlem Formu** 'na, ya da hasta ayaktan takip edilecek ise HBYS sistemine kaydedilir.

6.3.5.7.Ön tanısına göre hastanın hekimi tarafından ilgili branş uzman hekiminden konsültasyon istenebilir.

6.3.6. KONSÜLTASYON SÜRECİ

6.3.6.1. Uzman hekim görüşü gerektiği durumlarda hasta için ilgili branşa konsültasyon istenir. Hastanemizde mevcut uzmanlık branşlarının tamamında konsültan hekim hizmeti verilmektedir.

6.3.6.2. Hastanemiz Acil Servisinde konsültasyon istemi, ilgili hekimin adı konsültan hekim gösteren listeden seçilerek HBYS üzerinden yapılır ve Konsültasyon istenilen saat sisteme kaydedilerek konsültasyon işlemi başlatılır. Eş zamanlı olarak ilgili konsültan uzman hekim telefonla aranır ve hastanın durumu ile ilgili bilgilendirilmesini takiben acil servise davet edilir.

6.3.6.3. Konsültasyon istemi asistan hekim tarafından HBYS üzerinden kabul edilir. Konsültan hekim acil servise ulaştığında ilgili hastayı muayene etmesi sağlanır. Konsültasyon yapılır yapılmaz sonuç ve saati konsültan hekim tarafından HBYS' ye işlenir.

6.3.6.4. Muayene sonucunda acil hekimiyle görüşerek gerekli tetkik, tedavi ya da bir başka konsültasyon planlanabilir ya da hastanın yatışına veya sevkine karar verilebilir. Konsültasyon isteminin aciliyetine göre **Konsültasyon İstemi ve Uygulaması Talimatına** göre işlem yapılır.

6.3.6.5. Konsültasyonlar için hastanemizde **Mesai İçi: ≤ 20 - 60 dk. Mesai Dışı: ≤ 20 - 60 dk.** Hedef değer olarak kabul edilmektedir. Konsültasyonların en geç bu süreler aralığında karşılanması istenir. Konsültasyonun istendiği saat ve konsültan hekimin varış saati sistem üzerinde kayıtlı kalır.

6.3.6.6. Konsültasyon ile ilgili süreçler **Acil Servis Konsültasyon Planı**'na göre yürütülür.

6.3.6.7. Hastanemizde konsültasyon işlemleri ile konsültasyon sonrası yatış işlemlerinin etkin şekilde yürütülebilmesini sağlamak amacıyla **Konsültasyon Değerlendirme Komitesi** oluşturulmuştur. Bu komisyon **Komite Toplantı Esasları Prosedürü** 'ne göre 3 (üç) aylık periyotlarda toplantılar gerçekleştirilmekte ve bu toplantılara acil servis sorumluları, klinik sorumluları, Kalite Yönetim Direktörü ve Hastane Yönetiminin

katılımı sağlanmaktadır. Toplantılarda konsültasyon istenen hastalara yönelik vaka sunumları ve tartışmaları yapılmakta ve süreçlerin etkin şekilde sürdürülmesine yönelik gerekli görülen iyileştirme çalışmaları başlatılmaktadır. Toplantılar **Toplantı Katılım Formu – Toplantı Tutanağı Formu** ile kayıt altına alınmaktadır.

6.3.6.8. Sağlıkta Kalite Standartları gereği acil servise ilişkin hizmet süreçleri ve hizmet sonucunda elde edilen çıktıların, somut veriler ile izlenmesi ve iyileştirilmesi amacıyla Konsültasyon Hekimlerinin Acil Servise Ulaşma Süreleri bölüm bazlı gösterge olarak aylık olarak izlenmektedir. Analiz sonuçları 3 (üç) aylık periyotlar halinde değerlendirilmektedir.

6.3.7. MÜDAHALE

6.3.7.1. Eğer hasta açık yaralı olarak gelmiş ve yarası küçük müdahale gerektiriyorsa; Müdahale Odası'na alınır. Hastaya yapılacak küçük cerrahi girişimler için hasta ve yakını hekim tarafından bilgilendirilir ve **Küçük Cerrahi Girişim Hasta Bilgilendirme ve Onam Formu** ile onamı alınır. Hekimin burada muayene ettiği hasta için durumuna göre gerekli müdahale, tetkik istemi veya konsültasyon süreci diğer hastalarda olduğu gibi yürütülür.

6.3.7.2. Hasta bilinci kapalı bir şekilde gelmişse; bu durumda Resusitasyon Odası'na alınır ve ilk müdahalesi burada gerçekleştirilir. Resusitasyon Odası'na alınan hastalara muayene, tetkik ve konsültasyon süreçlerinde öncelik verilir.

6.3.7.3. Hasta travma nedeni ile acil servise getirilmişse; bu durumda Travma Odasına alınır ve ilk müdahalesi burada gerçekleştirilir. Travma Odası'na alınan hastalara muayene, tetkik ve konsültasyon süreçlerinde öncelik verilir.

6.3.7.5. Eğer hastanın bulaşıcı hastalığı tespit edilmiş ise; hasta İzolasyon Odasına alınır ve müdahale ve tedavisi burada gerçekleştirilir. Gözleme alınan veya hastaneye yatışı verilen hastaların olası ya da kesin vaka durumunda izolasyon önlemleri alınması gerekliliğinde hastanemizdeki tanımlayıcı figürler kullanılarak ve Enfeksiyon Kontrol Komitesi haberdar edilerek **Acil Servis Enfeksiyon Kontrol Talimatına** göre izolasyon önlemleri alınır. Hastalığın bildirimi zorunlu ise, ilgili hekim tarafından **Form 014-Bildirimi Zorunlu Hastalıklar Fişi** günlük olarak doldurularak yapılır. Hemşire tarafından hastanenin istatistik bölümüne teslim edilmesi sağlanır

6.3.7.6. Acil servise ayaktan başvuran, tetkik ihtiyacı olmayan, anamnez ve muayene ile tedavisi planlanabilen hastaların; enjeksiyon vb. müdahaleleri primer tedavi alanı olarak da adlandırılan enjeksiyon odasında gerçekleştirilir. Acil serviste, beraberinde reçetesi bulunan ilaçların enjeksiyon hizmeti verilir. Acil servis hemşiresi, hastayı **Enjeksiyon Kayıt Defteri'**ne kaydeder. Daha sonra reçetedeki hekim imza ve kaşesini, hastane ya da protokol numarasını kontrol eder; **Hastanın Kimliğinin Doğrulanması Talimatı** ve **İlaç Yönetim Prosedürü** doğrultusunda enjeksiyonu uygular.

6.3.7.7. Pansuman Hizmetleri: Acil servise pansuman yapılması amacıyla başvuran hastaların pansumanları ilgili sağlık personeli tarafından kayıt işlemi ve kimlik doğrulaması yapıldıktan sonra pansuman işlemi yapılır.

6.3.7.8. Tansiyon Ölçüm Hizmetleri: Acil serviste, acil servis hemşiresi/ sağlık memuru tarafından ölçülür. Sadece tansiyon ölçtürmek için gelen hastalar için, ölçüm sonuçları normal çıktığı takdirde herhangi bir kayıt tutulmaz. Sonuçlarda bir patoloji var ise, durum acil servis hekimine bildirilir ve hekimin kararı doğrultusunda yönlendirme yapılır.

6.3.7.9. Aşı Hizmetleri: Acil servise gelen reçetesi olan tüm hastalara aşı **Hastanın Kimliğinin Doğrulanması Talimatı** ve **İlaç Yönetim Prosedürü** doğrultusunda uygulanır. Hastanemizde tetanoz ve kuduz aşıları acil serviste bulunmakta olup, tetanoz aşısı uygulanan hastaların kayıtları **Enjeksiyon Kayıt Defteri'**ne kaydedilir. Kuduz şüpheli vakalar için hekim hastayı değerlendirdikten sonra endikasyon kararı verir, kuduz aşısı

(serumu) uygulanan hastalara ait kayıt bilgileri Hasta yakını aşı devamlılığı konusunda bilgilendirilir. Hasta, tedavinin devam süreci için Enfeksiyon Hastalıkları Polikliniği'ne yönlendirilir. Akrep ve yılan sokması ile acile başvuran hastalar hekim tarafından muayene edildikten sonra hekim istemine göre gerekli uygulamalar yapılır ve görevli hemşire tarafından akrep serumu ya da yılan serumu uygulanmışsa kayıtları tutulur. Hepatit B aşısını beraberinde getiren hastalara elindeki aşı kartı kontrol edilerek gerekli kimlik doğrulaması ve kayıt işlemleri yapıldıktan sonra aşısı yapılarak **Enjeksiyon Kayıt Defteri'**ne kaydedilir.

6.3.8. MÜŞAHEDE SÜRECİ

6.3.8.1. Hastanın muayenesi sonrası, kısa süreli (4 - 6 saat) takip ve tedavisi gerekli ise ilgili hekim tarafından istenen tedaviler kaydedilerek hasta müşahede / gözlem odasına alınır. Hastanın HBYS üzerinden müşahede girişi tarih ve saat belirtilerek yapılır. Gözlem altına alınan hastaların takiplerinin düzenli bir şekilde yapılması ve gözlem sürecine ait kayıtların eksiksiz olarak tutulması esastır.

6.3.8.2. Acil servisin kadın hastalıkları ve doğum bölümüne başvurup müşahede ile takip ve tedavisi uygun görülen hastalar müşahede için acil servisin erişkin bölümüne yatırılır. Takip ve tedavi süreci bu bölümde kadın hastalıkları ve doğum uzman hekimi sorumluluğunda devam eder.

6.3.8.3. Çocuk polikliniklerinde çocuk sağlığı ve hastalıkları uzman hekimi tarafından muayenesi gerçekleştirilen ve muayene sonrası müşahade altında tedavisi gereken hastaların tedavisi de acil servis gözlem odalarında gerçekleştirilir. Çocuk sağlığı ve hastalıkları uzman hekimi tarafından istenen tedaviler **Acil Servis Pediatrik Hasta Muayene ve Gözlem Forumu'**na kaydedilir. Hasta bu form ile birlikte acil servis pediatrik hasta gözlem odalarına yönlendirilir. Takip ve tedavi süreci bu bölümde ilgili çocuk sağlığı ve hastalıkları uzman hekimi tarafından devam eder.

6.3.8.4. Diğer branşlar tarafından poliklinikte muayenesi yapıldıktan sonra gününbirlik tedavisi gereken hastalarında takip ve tedavileri acil servisin gözlem odalarında ilgili branşın uzman hekimi tarafından devam eder.

6.3.8.5. Muayene sonrası müşahade altına alınmasına karar verilen her hasta için beyaz renkli, alerjisi olan hastalar için kırmızı renkli kimlik bilekliği kullanılır. Hasta kabul personeli tarafından hazırlanan kol bandı sağlık personeli tarafından hastaya takılır ve hastaya / hasta yakınına kol bandı ile ilgili gereklilik anlatılır.

6.3.8.6. Hastanın kimlik doğrulaması **Hastanın Kimliğinin Doğrulanması Talimatı** doğrultusunda yapılır. Hastanın kimlik doğrulaması, erişkin şuuru açık hastalarda hastanın kendisine sorularak, kimlik bilgileri doğrulanarak, şuuru yerinde olmayan ancak nüfus cüzdanı üzerinde olan hastalarda iki sağlık personeli tarafından doğrulama yapılır. Çocuk hastalarda; hasta kimliğinin doğrulanması yakını ile beraber yapılır.

6.3.8.7. Müşahedeye alınan her hasta için düşme açısından risk altında olduğu düşünülerek **Düşmelerin Önlenmesi ve Kontrolü talimatı**na göre hareket edilir.

6.3.8.8. Görevli hemşire tarafından, hekim istemi dâhilinde yapılması gereken tıbbi müdahaleler için gerekli tüm malzemeler hazırlanır. İlaç uygulamalarında **İlaç Yönetim Prosedürü'** na uygun olarak **Hastanın Kimliğinin Doğrulanması Talimatı'** na riayet edilerek gerekli işlemler yapılır.

6.3.8.9. Müşahede de infüzyon uygulaması gereken her hasta için serum üzerine; hastanın adı soyadı, serum adı, ilaç adı, tarih ve başlangıç saati, veriliş süresi ve uygulamayı yapan sağlık personelinin adı yazılı olan etiket yapıştırılır. Hastaların ilaçları hastanın bakımından sorumlu hemşiresi tarafından uygulanır ve **İlaç Yönetim Prosedürü'** ne uygun hareket edilir.

6.3.8.10. Tamamlanan tedavi gözlem formuna kaydedilir.

- 6.3.8.11.** Hastanın sağlık personeli ihtiyaçı olması halinde yatak başı hemşire çağrı sistemi ile sağlık personeline çağrı yapar.
- 6.3.8.12.** Hastanın müşahedeye alınma ve çıkarılma zamanları takip edilerek **Acil Servis Erişkin Hasta Muayene ve Gözlem Formu / Acil Servis Pediatrik Hasta Muayene ve Gözlem Formu** / gösterilir.
- 6.3.8.13.** Müşahedeye alınan hastaların tetkiklerinin sonucuna göre gerekirse destek tedavisi yapılır. Vardiya değişimlerinde tedavileri devam eden hastalar yerinde yeni ekibe, tetkik ve tedavilerine yönelik bilgilendirme yapılır.
- 6.3.8.14.** Hastaya kan ve kan ürünleri vermek gerekiyorsa, Kan ve Kan Bileşenleri İstem Formu düzenlenir, formun tam doldurulmuş olmasına dikkat edilir. **Kan Transfüzyon Prosedürüne** uygun hareket edilir. Hekim, hemşire ve hasta / hastanın yasal temsilcisi tarafından imzalanmış **Kan Transfüzyonu Onam Formu** ve **Kan transfüzyon takip formu** eksiksiz doldurulur.
- 6.3.8.15.** Acil serviste tedavisi devam eden hastada herhangi bir sebeple beklenmeyen yan etki gelişen hastalar için gerekli tıbbi müdahalesi yapıldıktan sonra **Advers İlaç Etki Bildirim Formu** hekim tarafından doldurulduktan sonra Farmakovijilans Sorumlusuna gönderilir. Hastanın kol bandı, kırmızı kol bandı ile değiştirilir.
- 6.3.8.16.** Hasta ve / veya yakınları, hastanın genel durumu hakkında ve yapılan işlemler konusunda ilgili hekim tarafından gerektikçe bilgilendirilir. Acil servise başvuran ve müşahedeye alınan tüm hastalar, uygulanacak test ve tedaviler ile ilgili olarak hekim tarafından bilgilendirilir ve onay alınır.
- 6.3.8.17.** Değerlendirme ve tedavi sonuçlarına göre, hastanın taburcu olmasına karar verilmiş ise, ilgili hekim tarafından **Acil Servis Erişkin Hasta Muayene ve Gözlem Formu / Acil Servis Pediatrik Hasta Muayene ve Gözlem Formu** kaydedilir.
- 6.3.8.18.** Hastaya daha sonra poliklinik muayenesi gerekiyor ise, acil hasta kayıt personeli tarafından hastaya ilgili hekimin sekreteryasına nasıl ulaşacağı ya da MHRS sisteminden randevu alması gerektiği konusunda danışma – yönlendirme personeli tarafından bilgi verilir.
- 6.3.8.19.** Hasta acil servis bünyesinde tanı ve tedavi edilmesi aşamasında; hasta / yasal temsilcisi kendi rızası ile hastaneden ayrılmak isterse, **“Acil Servisten Kendi Rızası ile Ayrılmak İsteyen Hastalar İçin Onam Formu”** okuyarak imzalaması sağlanır. Hastanın / yasal temsilcisinin tedavi – tetkik işlemlerinden bir veya birkaçını ret etmesi halinde ise **Tedavi – Tetkik Red Formu’** nu hasta / yasal temsilcisinin imzalaması sağlanır.
- 6.3.8.20.** Acil serviste karşılaşılan, ilaç uygulama hataları, transfüzyon hataları, iletişim hataları vb. bildirim için **Güvenlik Raporlama Sistemi Bildirim Formu** kullanılır. Kesici – delici alet yaralanması durumunda **Personel Yaralanmalarının İzlenmesi talimatına** göre hareket edilir.
- 6.3.8.21.** Sözlü talimatlar steril girişimler sırasında veya hekimin serviste olmadığı durumlar ile acil olarak ilaç verilmesi gerekli durumlarda **Sözel Order Uygulama Talimatına** göre uygulanır.
- 6.3.8.22.** Şuuru kapalı, konfüze ve yanında yakını olmayan hastaların üzerinde değerli eşyasının olması durumunda, acil hemşiresi tarafından nöbetçi memura haber verilir. Nöbetçi memur hastanın değerli eşyalarını **Değerli Eşya Teslim ve İade Formu** ile teslim alır ve hasta hastaneden ayrılana veya hastanın yakını tarafından teslim alınana kadar muhafaza edilir. Hastanın eşyaları hasta/ hasta yakınına aynı form ile teslim edilerek imzası alınır. Acil servis alanında eşya bulunması durumunda **Buluntu Eşya ve Malzeme Kayıt Formu**

ile nöbetçi memura teslim edilir. Eğer hastaya adli vaka olarak işlem tesis ediliyor ise hastanın eşyaları hastanedeki kolluk birimlerine **Değerli Eşya Teslim ve İade Formu** ile teslim edilir.

6.3.8.23. Müşahade odalarındaki sedyeler sık aralıklarla kontrol edilir. Kontrollerde temizlik personeli müşahadededen çıkan hastanın ardından çarşaf ve nevresin değişimini yapar. Sedyelerin çarşafı, mahremiyet için hazırlanan perde/ paravanlar kontrol edilerek kullanıma hazır bulundurulur.

6.3.8.24. Sağlıkta Kalite Standartları gereği acil servise ilişkin hizmet süreçleri ve hizmet sonucunda elde edilen çıktıların, somut veriler ile izlenmesi ve iyileştirilmesi amacıyla **Acil Serviste Ortalama Müşahade Süresi** bölüm bazlı gösterge olarak aylık olarak izlenmektedir. Analiz sonuçları 3 (üç) aylık periyotlar halinde değerlendirilmektedir.

6.3.9. Sevk – Yatış ve Taburcu Süreçleri:

Hastanın ilk muayenesi sonrası, tetkiklerinin ve/veya konsültasyonun sonucuna göre hekim tarafından gerekli tıbbi süreç planlanır. Bu planlama dâhilinde;

- Hasta belirli bir süre gözlenecek ise hasta müşahadeye alınır.
- Hastanın durumuna göre hekim hastayı müşahadeye almadan ilgili kliniğe yatış kararı verir ve hastanın yatış işlemleri yapılır.
- Müşahade altındaki hasta hekimin tekrar değerlendirilmesinden sonra durumuna göre yatış kararı verir yada hastayı taburcu eder.
- Acil polikliniğinde muayene olan hastaya durumuna göre reçete ve gerekliyse rapor düzenlenerek taburcu edilir.
- Ya da bir başka merkeze sevk gerektiren hastalar için gerekli işlemler başlatılır.

6.3.9.1. Sevk İşlemleri

6.3.9.1.1. Acil servise başvuran hastaların ilk değerlendirmesi yapıldıktan sonra hastanemizin uzman hekim, tıbbi donanım ve boş yatak bakımından hastanın tıbbi durumunun gerektirdiği tetkik, müdahale, bakım ve tedaviyi sağlayabilecek şartları taşıması halinde hastanın başka bir sağlık tesisine sevk edilmemesi ve gerekli sağlık hizmetinin hastanemizde verilmesi esastır.

6.3.9.1.2. Hastanın acil serviste tedavi edilmesi, hastanenin başka bir branşa devredilmesi kararları acil servis hekimi ve ilgili branş hekimin kararı ile yapılır.

6.3.9.1.3. Durumu stabil olmayan hastalar, nakil şartlarında, hemodinamik durumlarını sabit tutacak düzeye gelmedikleri sürece sevk edilemez. Ancak hastanın acil tedavi işlemleri kurumca sağlanamıyor ve mutlak suretle sevki gerekiyor ise uygun koşullar sağlanarak ilgili sağlık tesisine sevki sağlanır. Hasta sevk ve nakil kararının ilgili dal uzmanı veya acil servis sorumlu hekimi veya nöbetçi uzman hekimce verilmesi ve onaylanması zorunludur.

6.3.9.1.3. Yeterli şartların sağlanamadığı ve ileri tetkik ve tedavi için başka bir sağlık tesisine sevk gerektiren hallerde hastanın sevk edileceği sağlık tesisinin belirlenmesi, sağlık tesisleri arasındaki hasta sevk ve nakil işlemlerinin koordinasyonundan ve yürütülmesinden 112 Kontrol Komuta Merkezi yetkili ve sorumludur.

6.3.9.1.4. Muayene sonucu sevki uygun görülen hastaların hekimi tarafından **Sağlık Tesisleri Arası Vaka Nakil Talep Formu** doldurulur ve doldurulan form 112 Kontrol Komuta Merkezi' ne fakslanır. Kontrol Komuta Merkezi aldığı form doğrultusunda uygun hastaneyi ayarladıktan sonra hastanın durumuna ve hekimin

direktiflerine göre nakil ambulansını ya da helikopter ambulansı yönlendirerek hastanın sevk işlemini başlatır.

6.3.9.1.5. Nakil esnasında hastayı takip edecek personelle hastanın hekimi tarafından bilgi verilir. Sevk işlemi hastanın sevk edilen hastaneye teslim edilmesi ve nakil evrakının düzenlenmesi ile tamamlanmış olur.

6.3.9.2. Yatış İşlemleri

6.3.9.2.1. Acil serviste gözlem ya da muayene sonucunda hastanın yatarak sağlık bakım hizmeti almasına karar verildiyse, sağlık personeli tarafından ilgili tıbbi branşın boş yatak durumu kontrol edilir.

6.3.9.2.2. Boş yatak olması durumunda; Acil hekimi ya da konsültan hekim tarafından öncelikle hastadan sorumlu olacak hekim belirlenir. Konsültasyonu karşılayan hekim hastanın yatışına karar verir ise hasta ilgili kliniğe yatırılmaktadır.

6.3.9.2.3. İlgili tıbbi branşta boş yatak olmaması durumunda asistan doktor tarafından oda ayarlanarak acil servise bilgi verilip hastanın yatışı sağlanır. Eğer hastanede hiç boş yatak yoksa hastanın acil yatışı gerekiyorsa yatak boşalma durumuna göre hasta müşahade de bekletilir. Bekleme süresi tahmin edilemiyor ve hasta yatırılarak tedavi edilecekse, en yakın sağlık kuruluşuna hastanın hekimi tarafından sek gerekçesi ile birlikte hasta sevk edilir.

6.3.9.2.4. Hastanın yatışı planlandığında hekimi tarafından **Hasta Yatış Formu** doldurularak acil servis hasta kayıt personeline bildirilir. Hastanın yatış işlemleri kat sekreteri tarafından gerçekleştirilir.

6.3.9.2.5. Hastanın yatırılacağı servisin hemşiresi, acil servis sağlık personeli tarafından aranarak hasta hakkında bilgilendirilir. Bu esnada, acil servis hasta kayıt personeli, hastanın dosyasını tamamlar. Hasta ile ilgili olarak kullanılan tüm formlar bu dosya içine alınır.

6.3.9.2.6. Yatışına karar verilen hastalar sağlık personeli eşliğinde taşıma elamanı ile beraber uygun sedye ya da tekerlekli sandalye ile **Hastaların Güvenli Transferi ve Taşınması Prosedürü** 'ne uygun olarak **Bölümler Arası Hasta Transfer Formu** ile ilgili servise transfer edilir.

6.3.9.2.7. Hasta yatağına alındıktan sonra, transfer gerçekleştiren acil sağlık personeli hasta hakkında detaylı bilgileri hasta dosyası üzerinden ilgili klinik hemşiresine aktarır. **Bölümler Arası Hasta Transfer Formu** 'ndaki bilgiler karşılıklı olarak kontrol edilir ve imzalanır. Form dosya içinde muhafaza edilir.

6.3.9.2.1. Hastanın acil olarak ameliyata alınması gerekiyorsa, acil hekimi, ilgili uzman hekime hastanın durumu hakkında bilgi verir. Acil hastasının durumuna göre, anamnez ve fizik muayene yapılamadan ameliyata gidecek hastanın ön tanısı **Acil Servis Hasta Muayene ve Gözlem Formu** kaydedilir. Ameliyat öncesi hekim tarafından tıbbi durum değerlendirmesi yapılacak kadar zaman olması halinde anamnez, fizik muayenesi yapılarak kaydedilir. Pre – op hazırlıkları acil servis sağlık personeli tarafından tamamlanır.

6.3.9.2.2. Eğer hastanın ameliyatı ve yatış için uygun koşullar sağlanamıyorsa hekimi tarafından **Ek: 9 Sağlık Tesisleri Arası Vaka Nakil Talep Formu** doldurularak hasta başka bir kuruma transfer edilir.

6.3.9.2.3. Hastayı değerlendiren ilgili hekim hastanın ameliyatına karar verdikten Acil hekimi, hastanın şuuru yerindeyse hastayı ve varsa hasta yakınlarını bilgilendirir ve Cerrahi İşlemler için **Hasta Bilgilendirme ve Onay Formu** doldurmasını sağlar.

6.3.9.2.4. İlgili hekim hasta transfer edilmeden önce ameliyathanenin hazırlanması için bilgi verir.

6.3.9.2.5. Ameliyathane, hastayı ameliyata almak için hazır olduğunda, ameliyathane ekibi acil hemşiresini bilgilendirir. Hastanın ameliyathaneye transferi, hastanın üzerindeki giysiler acil serviste en seri şekilde çıkarıldıktan ve hasta mahremiyetine saygılı bir biçimde temiz örtülerle örtüldükten sonra, acil servis sağlık personeli ve acil servis taşıma personeli tarafından **Hastaların Güvenli Transferi ve Taşınması Prosedürü** 'ne uygun olarak yapılır.

6.3.9.3. Hastanın Exitus Kabul Edilmesi

6.3.9.3.1. Hastanın ölümü (eksitus) halinde; eksitus olan hasta hemşire ve oda destek personeli tarafından hazırlanır. Hasta üzerinde bulunan damar yolu, sonda, dren, kateter, elektrotlar vb. çıkartılır.

6.3.9.3.2. Sağ ayak başparmağına eksitus kartı takılır.

6.3.9.3.3. Ölünün üzeri oda destek tarafından örtülerek morga götürülür. Ölüm Bildirim Sistemi ile ölüm raporu yazılır.

6.3.9.3.4. Hastanın hekimi tarafından hasta yakını uygun bir yerde ve gerektiğinde güvenlik tedbiri alınarak bilgilendirilir.

6.3.9.3.5. Eğer 1- 4 yaş arası çocuk ölümü ya da perinatal ve bebek ölümü mevcut; ise **1- 4 Yaş Çocuk Ölümleri Bilgi Formu** ve **Perinatal ve Bebek Ölümleri Bilgi Formu** hekim tarafından doldurularak günlük olarak İstatistik birimine gönderilir.

6.3.9.4. Ex – Duhul Durumunda:

6.3.9.4.1. Hasta acil polikliniğine ex – duhul olarak gelmişse **Ölüm Belgesi** acil hekimleri tarafından doldurulur.

6.3.9.4.2. Acil servis hekimi tarafından exduhul olduğu tespit edilen hastanın durumu hasta yakınlarına bildirilir.

6.3.9.4.3. Eğer ilgili hekim tarafından adli vaka olduğuna karar verilirse **Adli Rapor Formu** hazırlanır. **Adli Vaka Talimatı'** na uygun işlem yapılır.

6.3.9.4.4. Ex – Duhul olan hastanın morga gönderilmeden önce yapılacak hazırlıklar bu prosedürün 6.6.2.3 maddesine göre gerçekleştirilir.

6.3.9.5. Hastanın Taburcu Edilmesi

6.3.9.5.1. Hastanın acil servisten taburcu işlemi, tam şifa halinde hekim kararı veya hastanın kendi isteği ile acil servisten çıkış sürecini kapsar.

6.3.9.5.2. Hastaya muayene sonrası hekim tarafından reçete verilmişse hastanın taburcu sonrasındaki bakımı, ilaç kullanımı veya aktivitesi gibi bilgiler, ilgili hekim tarafından hastaya veya yakınına anlatılır ve **Epikriz Formuna** kaydedilir. Evde bakım verilecek bir hastaysa evde bakımla ilgili önerilerde bulunulur ve **Evde Bakım Birimi'** ne yönlendirilir.

6.3.9.5.3. Hasta istemi olması halinde hastalara tetkik ve tedavi raporlarının kopyaları acil servis hasta kayıt personeli tarafından hazırlanarak hasta veya yakınına verilir.

6.3.9.5.4. Kendi isteği ile çıkan hastalara uygun ilaç ve kontrol bilgileri hekim tarafından verilir. **Tedavi – Tetkik Red Formu** imzalatılır ve kayıtları tutulur.

6.3.9.5.5. İleri tetkik ve tedavi gerekiyor ise gitmesi gereken poliklinik hakkında hasta / hasta yakını bilgilendirilir.

6.3.10. HASTA VE YAKINININ BİLGİLENDİRİLMESİ

6.3.10.1. Hasta yakınlarının hastanın ihtiyacı ile ilgili bilgilendirilmesi acil servis hemşiresi tarafından, tıbbi durumu ile ilgili bilgilendirme hekim tarafından yapılır.

6.3.10.2. Hekim tarafından hasta yakının bilgilendirilmesi, hastanın ilk kabulünde, hekim hastayı değerlendirdikten sonra ve tıbbi durum değişikliği olduğunda yapılır.

6.3.10.3. Hastanın tıbbi durumu hakkında hastanın hukuki yakınlarının dışındaki kişilere bilgi verilmez. Acil serviste exitus olan hastanın yakınlarına yapılacak bilgilendirme hastanın hekimi tarafından yapılır. Gerekli durumlarda güvenlik görevlisi ve/veya bir diğer sağlık personeli de bilgilendirme yapan hekime eşlik eder.

- 6.3.10.4.** Hastanın durumunda ani değişiklik olduğunda hastanın yanında yakını yok ise, hasta yakınına telefonla ulaşılır, tıbbi durumu ile ilgili bilgi yüz yüze hekimi tarafından verilir.
- 6.3.10.5.** Hastaya uygulanacak tıbbi müdahale/girişimsel işlem öncesi hastalar/hasta yakınları, işlemi uygulayacak sağlık personeli tarafından sözlü olarak bilgilendirilirler. Sözlü olarak bilgilendirilen hastanın/hasta yakının işleme özel bilgilendirme ve rıza formu aracılığıyla yazılı beyanları ve imzaları alınarak bilgilendirme ve onam süreci tamamlanır.
- 6.3.10.6.** Acil servis ziyaretinde işleyişin aksatılmaması açısından hastanın birinci derece yakınlarından sadece bir kişinin ziyaretine veya refakatine izin verilir.
- 6.3.10.7.** Hekimin ziyareti / refakati uygun görmediği hastalar için ziyaretçi / refakatçi kabul edilmez.
- 6.3.10.8.** Acil serviste ziyaret süresi on dakikayı geçmemelidir.
- 6.3.10.9.** Ziyaretçi, hastaya, hasta yatağına, hastaya ait ekipmanlara ve hastaya bağlı cihazlara dokunmaması konusunda uyarılır.
- 6.3.10.10.** Ziyaretçiler, acil servis personelinin söylediği kurallara uyması konusunda bilgilendirilir.
- 6.3.10.11.** Hasta ile direkt iletişimin kurulamadığı durumda bilgilendirme iletişimi sağlayan kişi aracılığıyla yapılır. Hasta işitme engelliye ve iletişim kurulamıyorsa işaret dili bilen personelin yönlendirilebilmesi için danışma – yönlendirme hizmeti şefi ile temasa geçilir ve işaret dili bilen personelin acil servise yönlendirilmesi sağlanır. Yabancı dil gereksinimi olan ve iletişim kurulamayan hasta için tercümanlık hizmeti amacıyla da yardım istenebilir.
- 6.3.11. İLAÇ, MALZEME VE CİHAZLARIN YÖNETİMİ**
- 6.3.11.1. İlaç ve Malzeme Yönetimi**
- 6.3.11.1.1.** Acil servis ünitesinde kullanılan tüm ilaç ve tıbbi sarf malzemeler elektronik ortamda istemleri yapılır. Acil serviste tıbbi sarf ve tüketim malzemeleri 5 günlük stok miktarını geçmeyecek şekilde acil servis sorumlusu tarafından HBYS üzerinden yapılır. Acil deposundan ilgili kullanım alanlarına malzemelerin dağıtımını **Acil Servis Erişkin Depo Malzeme Deposu Stok Kontrol Formu** ile takip edilerek dağıtılır.
- 6.3.11.1.2.** İlaç istemlerinde; hastalar için kullanılan ilaç sayıları ile sistem üzerinden çıkışı yapılan ilaç sayıları hesaplanarak sorumlu hemşire tarafından günlük olarak HBYS üzerinden eczaneden istenir. Taşıma elamanı tarafından acil servise getirilir.
- 6.3.11.1.3.** Acil servis kullanım alanlarında tedavi / pansuman arabalarında bulunan tıbbi cihaz/ilaç/malzeme yönetiminin etkin olarak sürdürülebilmesi için, her gün mesai başlangıcında nöbetten çıkan ve nöbete gelen sağlık personeliyle acil servis sorumlu hemşiresi tüm servisi gezerek nöbet teslimi sırasında gerekli kontrolleri yapar.
- 6.3.11.1.4.** İlaçların ve tıbbi sarf malzemelerin miat takipleri HBYS üzerinden takip edilir. Son kullanma tarihi yaklaşan ve hareket görmeyen ilaçlar eczaneye, tıbbi sarf malzemeler tıbbi sarf deposuna bildirilerek uzun miyadlılarla değişimi sağlanır.
- 6.3.11.1.5.** Acil servis sorumlu hemşiresi tarafından, medikal dolapların kontrolü yapılır. Nöbet değişimlerinde soğuk zincire tabi ilaç veya aşı dolaplarının ısı takipleri nöbet ekibi tarafından yapılarak kayıt altına alınır ve dosyalanır. Hastaya uygulanan aşılardan, sistem üzerinde hasta üzerine düşölüp – düşölmediğinin kontrolü amacıyla **Aşı Takip Formu** kullanılır. Form üzerindeki ilgili alanlara hasta ve aşı barkodu yapıştırılarak, uygulayan sağlık personeli parafını ve imzasını atar. Eğer aşı muhafaza edilen dolap arızalanırsa, en yakın buzdolabına soğuk akülerle sevk edilerek muhafaza edilir, arızalı dolap için 911 numaralı telefon aranarak arıza bildirimi yapılır. Teknik ekip tarafından en kısa sürede arızanın giderilmesi sağlanır.
- 6.3.11.1.6.** Acil serviste kullanılan yüksek riskli ilaçların eczaneden transferi, uygulanması ve muhafazası ile ilgili işlemler **İlaç Yönetim Prosedürü / Yüksek Riskli İlaçların Yönetimi talimatına** göre yürütölür.

6.3.11.1.7. Acil serviste kullanılan narkotik ve Psikotrop ilaçlar, acil servis hekim tarafından otomasyon sistemi üzerinden istenir, sağlık personeli tarafından eczaneden alınır ve **Narkotik ve Psikotrop İlaçların Devir Teslim Forumu**’na kaydedilir. Narkotik ve Psikotrop ilaçların bir hastaya hekimin önerdiği dozun kullanılması sonrasında açılan ampulde kalan miktarının imha edilerek ilgili hekim ve acil servis sorumlu hemşiresi tarafından ilacın hangi hasta için ne kadar kullanılıp ne kadarının imha edildiği **Narkotik ve Psikotrop İlaçların Devir Teslim Forumu**’nda belirtilir. Narkotik ve psikotrop ilaçların kırılması veya kaybolması durumunda **Narkotik ve Psikotrop İlaçların Devir Teslim Forum**’daki ilaç imhası / Kırılma / İadesi kısmı doldurulur.

6.3.11.1.7. Acil müdahale Seti malzemelerin kontrolü **Acil Servis Erişkin Crash – Card İlaç Malzeme Takip ve Kontrol Formu / Acil Servis Çocuk Crash – Card İlaç Malzeme Takip ve Kontrol Formu** ile her nöbet değişiminde nöbet ekibi tarafından yapılır.

6.3.11.2. Tıbbi Cihazların Yönetimi:

6.3.11.2.1. Acil serviste bulunan tıbbi cihazlar **Tıbbi Cihaz Envanter Formu**’nda yer almaktadır. Acil serviste bulunan tıbbi cihazların günlük kontrolleri nöbetçi sağlık personeli tarafından kontrol edilerek **Acil Servis Tıbbi Cihaz Kontrol Forumu**’na kaydedilir. Bir sonraki kullanıma temizlenerek hazır halde olması sağlanır.

6.3.11.2.2. Acil serviste bakım onarım gereken tıbbi cihazlar var ise HBYS üzerinden arıza bildirimi yapılarak teknik hizmetlere bildirilir. Cihazların bakım onarımı sağlanır. Bakım onarımı gerçekleşene kadar cihazlar kullanım alanından çekilir.

6.3.11.2.3. Tıbbi cihazların bakım ve onarım ile kalibrasyonları **Malzeme ve Cihaz Yönetimi Prosedürü**’ne ve **Kalibrasyon Planı**’na göre Klinik Mühendislik Birimi tarafından yapılır. Acil servis sorumlu hemşiresi, uygulamaların plana uygun yapılıp yapılmadığını takip eder. Kalibrasyon yapılan cihazlarda kalibrasyon etiketi bulundurulur. Tıbbi cihazlardan kaynaklanan olumsuz bir olay yaşanmış ise olay, **Medikal Malzeme / Tıbbi Cihaz Olumsuz Olay Bildirim Tutanağı** doldurularak Materyovijilans Sorumlusuna bildirim yapılır.

6.3.11.2.4. Acil Servis Biriminden Sterilizasyon Birimi’ne malzemeler gönderilirken **Steril Edilecek Alet ve Malzeme Teslim Formu** kullanılır.

6.3.11.2.5. Acil serviste bulunan hasta başı test cihazlarının doğru ve etkin kullanılmasının sağlanması için HBTC’lerinin kalite kontrolü serviste yapılır ve **Hasta Başı Test Cihazı Kalite Kontrol Formu**’na kayıt edilir.

6.3.12. ADLİ HİZMETLER

6.3.12.1. Adli vakalarda, adli mercilerle hastane arasında çıkabilecek problemleri önlemek, gerekli yasal yükümlülükleri yerine getirmek ve hasta ile ilgili işlemlerin doğru olarak yapılması amacıyla **Adli Vaka talimatı**na göre hareket edilir.

6.3.12.2. Adli tabiplik hizmetleri **Adli Vaka Talimatı** doğrultusunda yürütülür.

6.3.13. ZEHİRLENME VAKALARININ YÖNETİMİ

6.3.13.1. Zehirlenen hastaya yaklaşımda **“zehri değil hastayı tedavi et”** ilkesi esası oluşturmaktadır. Tüm zehirlenmeler adli olgulardır.

6.3.13.2. Öncelikle hastanın vital fonksiyonlarının stabilize edilmesi sağlanır. Zehirlenme tanısı kesin veya olası her hasta için hastadan ve yakınlarından ayrıntılı olarak ne zaman, nerede ve ne miktarda toksik madde aldığı saptanır. Elde edilen bilgilerle **114 Zehir Danışma Merkezi**’ne danışılır.

6.3.14. ACİL SAĞLIK HİZMETİ KAPSAMINDA DİĞER KURUM VE KURULUŞLAR İLE KOORDİNASYON SÜRECİ

6.3.14.1. Hastanemiz acil servis hizmetlerinin etkin ve koordineli yürütülmesi ve hastaya ait bilgi paylaşımı için ortak kayıt sistemi mevcuttur. Ortak kayıt sistemi Sağlık Müdürlüğü’nün denetim ve kontrolünde bakanlık bilgi sistemine entegre olacak şekilde ASKOM tarafından organize edilir.

6.3.14.2. Hastanemizde acil servis hizmetleri kapsamında 112 Komuta Merkezi ile koordinasyonlu bir şekilde çalışılmaktadır. Hekim tarafından sevki uygun görülen hastaların sevki 112 aranarak gerçekleştirilmektedir.

6.3.14.3. Acil servis sevklerinde **Ek: 9 Sağlık Tesisleri Arası Vaka Nakil Talep Formu** acil servis hekimi tarafından doldurulup 112 komuta kontrol merkezine faks çekilmektedir. (Hüseyin Beye sorulacak)

6.3.15. ACİL DURUM VE AFET YÖNETİMİ

6.3.15.1. Hastanemizde acil durum ve afet yönetimi, **Hastane Afet Planı** kapsamında yürütülmektedir. Yılda en az bir kez hazırlanan plan dâhilinde tatbikat yapılır.

6.3.15.2. Afet ve olağan dışı durumlarda Hastanenin geçeceği alarm seviyesi ve yerine getireceği yükümlülükler il afet planı ve hastane afet planı doğrultusunda belirlenir.

6.3.15.3. İlgili afet planları ve bu planlarda yer alan asil ve yedek görevli personel iletişim bilgileri acil serviste bulundurulur.

6.3.15.4. Kimyasal, biyolojik, radyasyon ve nükleer (KBRN) tehlikeli maddelere maruziyet durumunda **Turuncu Kod Uygulama Talimatı** ne göre hareket edilir. KBRN Dekontaminasyon Ünitesi, acil servise yakın ve acil servis girişinden ayrı bir girişi bulunmakta olup bu üniteye gerekli tıbbi ekipman ve malzemenin bulunduğu bir alan, arındırma alanı, atık su depolama alanı mevcuttur.

6.3.15. ACİL SERVİSTE ATIK YÖNETİMİ

6.3.15.1. Hastanenin diğer tüm alanlarında olduğu gibi acil serviste oluşan evsel, tıbbi ve tehlikeli atıkların ayrıştırılması, toplanması, depolanması ve bertaraf **Atık Yönetim Prosedürü** 'ne uygun olarak gerçekleştirilir.

6.3.16. ACİL SERVİSİN TEMİZLİĞİ

6.3.16.1. Acil servis sorumlu hemşiresi, olmadığı durumda nöbetçi sağlık personeli, temizlik hizmetleri firma sorumlusu ve otelcilik hizmetleri birim sorumlusu tarafından yapılan temizliklerin kontrolleri **Hastane Temizlik Prosedürü** 'ne uygun olarak kontrol edilir.

6.3.16.2. Acil serviste kullanılan malzemeler **Dezenfeksiyon talimatı**na göre temizlenir.

6.3.17. HASTA VE ÇALIŞANLARIN CAN VE MAL GÜVENLİĞİNİN SAĞLANMASINA YÖNELİK UYGULAMALAR

6.3.17.1. Hasta ve çalışanların can ve mal güvenliğini sağlamak amacıyla 24 saat kesintisiz güvenlik hizmeti sunulmaktadır. Hasta - çalışan mahremiyeti göz önünde bulundurularak genel kullanım alanları güvenlik kamerası ile izlenmektedir.

6.3.17.2. Kardiyopulmoner arrest durumundaki bir hastanın (müşahededeki), ziyaretçinin veya çalışanın olası resüsitasyon ihtiyacı halinde; hızlı ve güvenli biçimde, acil serviste görevli sağlık personeli tarafından müdahale edilir. Acile gelen resüsitasyon hastalarına mavi kod alarmı verilmemesine rağmen tüm çalışanların **Mavi Kod Uygulama Talimatı** eğitimi verilir. Mavi kod ihbar numarası 2222 kodu olarak tanımlanmıştır.

6.3.17.3. Hasta çalışanlarına yönelik şiddet önlemeye yönelik acil durum çağrı sistemi olarak **Beyaz Kod** kullanılmaktadır. Fiziksel şiddet durumunda **Beyaz Kod Uygulama Talimatı** ' na uygun hareket edilir. Beyaz Kod ihbar numarası 1111 olarak tanımlanmıştır.

6.3.17.4. Bebek ve çocukların hastaneye kabulünden hastaneden çıkışına kadar güvenliğinin sağlanması için **Pembe Kod Uygulama Talimatı** ' na uygun hareket edilir. Pembe Kod ihbar numarası 3333 kodu olarak tanımlanmıştır.

6.3.17.5. Çalışan güvenliği ile ilgili risklerin azaltılması için çalışan güvenliği kültürünün geliştirilmesine ve yaygınlaştırılmasına, çalışanların sağlık hizmeti sunumu sürecinde karşılaşılabilecekleri muhtemel risk ve zararlardan korunmasına yönelik **Çalışan Güvenliği Prosedürü** ' na uygun hareket edilir.

6.3.18.ACİL SERVİS PERSONELİ EĞİTİM SÜRECİ

6.3.18.1. Acil servis personeline CPR, iletişim becerilerinin geliştirilmesi, kriz yönetimine, sağlıkta kalite standartlarına, enfeksiyon kontrol komitesi eğitimleri vb. yönelik eğitimler **Yıllık Eğitim Planı** dâhilinde hastanemiz eğitim birimi tarafından verilmektedir.

6.3.18.2. Karşılama – danışma – yönlendirme ve kayıt hizmetlerinin etkin şekilde sunumuna yönelik hasta memnuniyeti, hasta hakları, iletişim becerileri eğitimleri eğitim birimi koordinatörlüğünde yüklenici firma tarafından verilmektedir.

7.İLGİLİ DÖKÜMANLAR

Hasta Yatış Formu

Hastaların Güvenli Transferi ve Taşınması Talimatı

Hasta Kimliğinin Doğrulanması Talimatı

Hemşire Anamnez Formu

Konsültasyon İstemi ve Uygulaması Talimatı

Hemşire Tanılama Formu

Hemşirelik Bakım Planları

Doktor Order Formu

İlaç Yönetim Prosedürü

Narkotik Psikotrop İlaç devir Teslim Formu

İlaç – İlaç Etkileşimi Kontrol Talimatı

İlaç – Besin Etkileşimi Kontrol Talimatı

Güvenlik Raporlama Sistemi Bildirim Formu

Advers Etki Bildirim Formu

Sözel Order Uygulama Talimatı

Hastanın Beraberinde Getirdiği İlaç Formu

Patoloji Numunelerinin Toplanması ve Güvenli Transferi Talimatı

Biyokimya Laboratuvarına Gönderilecek Numunelerin Alınması ve Güvenli Transferi Talimatı

Numunenin Kırılması/Dökülmesi ya da Kaybolmasına Karşı Alınacak Önlemler ve Numune Kayıplarında izlenecek Süreç Talimatı

Güvenli Cerrahi Uygulama Prosedürü

EKG Çekilmesi Talimatı

Monitörizasyon Talimatı

Transfüzyon Hizmetleri İşleyiş Prosedürü

BradenBası Ülseri Ölçeği

Bası Yarası Değerlendirme ve Bakım Talimatı

İtaki Düşme Riski Ölçeği

Harizmi Düşme Riski Ölçeği

Düşme Riskinin Değerlendirilmesi ve Önlenmesi Talimatı

Düşme Olay Bildirim Formu

Güvenlik Raporlama Olay Bildirim Formu

Nutrisyon Risk Skoru (NRS 2002 Formu)

Nutrisyon Uygulamaları Talimatı

Ağrı Yönetim Prosedürü

Tedavi ve Taburculuk Süreci Eğitim Formu

Glaskow Koma Skalası
Ödemli Hastanın Bakım ve Takibi Talimatı
İzolasyon Önlemleri Talimatı
Form 014 – Bildirimi Zorunlu Hastalıklar Formu
Hastanın Bilgilendirilmesi ve Rızasının Alınması Prosedürü
Tetkik veya Tedavi Ret Formu
Bilgilendirme ve Rıza Belgesini Geri Çekme Tutanağı
Bilgi Güvenliği Prosedürü
Bölümler Arası Hasta Transfer Formu
Arabası İlaç / Malzeme Takip ve Kontrol Formu
Çalışan Sağlığı ve Güvenliği Prosedürü
İmha Edilen Yarım Doz İlaç Formu
Malzeme ve Cihaz Yönetim Prosedürü
Dezenfeksiyon Talimatı
Mavi Kod Kod Uygulama Talimatı
Beyaz Kod Uygulama Talimatı
Pembe Kod Uygulama Talimatı
Kırmızı Kod Uygulama Talimatı
Turuncu Kod Uygulama Talimatı
Nöbet Değişimlerinde Servis ve Hasta Teslim Talimatı
Yıllık Eğitim Planı